



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

“Det viktigaste är efteråt...”

*En kvalitativ studie om hur före detta
alkoholberoende kvinnor får livet att fungera nyktert*

Socionomprogrammet

C-uppsats HT 2009

Författare: Annelie Modeé & Ulla-Maria Halvarsson De Paula

Handledare: Tom Leissner

Abstract

Titel: "Det viktigaste är efteråt..." En kvalitativ studie om hur före detta alkoholberoende kvinnor får livet att fungera nyktert

Författare: Annelie Modeé och Ulla-Maria Halvarsson De Paula

Nyckelord: kvinnor, alkohol, beroende, nykterhet

Syftet är att undersöka orsakerna till varför före detta alkoholberoende kvinnor valde att förändra sina liv och hur de fått livet att fungera nyktert. Frågeställningarna är:

- Vilka har varit de bidragande orsakerna till att kvinnorna valde att förändra sina liv?
- Har det varit behandlingen, den eventuella eftervården eller andra faktorer som hjälpt kvinnorna till ett nyktert leverne?
- På vilket sätt ser kvinnorna annorlunda på sig själva och sin kvinnlighet, före och efter behandlingen?

Studiens har gjorts genom en kvalitativ metod som bestått av sju intervjuer med kvinnor ur passande målgrupp. Analysen har gjorts utifrån tre teman, behandling, nykterheten i vardagen och kvinnlighet. De teorier som använts har varit genusperspektiv, Kasam, Coping och Bourdieus begrepp kapital, habitus och fält.

Resultatet visar att kvinnorna sökte hjälp när de negativa konsekvenserna av beroendet blev för påtagliga. Kvinnor har specifika behov vilket är viktigt att tillmötesgå i behandlingen oavsett behandlingsmodell. Eftervården har till viss del gett kvinnorna möjligheter till att skapa ett nytt socialt nätverk. Det tidigare sociala nätverket påverkade förutsättningarna till förändringen på gott och ont. Självbilden har förvandlats från mörker till ljus. Studien handlar om kvinnor och beroende. Den handlar om förnekelse, skuld och skam, om att förlora kontrollen, ta tillbaka den och skapa sig nya möjligheter till att leva ett nytt, nyktert liv.

Förord

Vi tycker att det har varit intressant att få göra denna studie. Det handlar om kvinnor och alkohol vilket är ett känsligt ämne och som därför känns än viktigare att diskutera. Inte bara som studenter, utan även som kvinnor kan vi med stor respekt konstatera att både du och jag kan drabbas av ett beroende och dess konsekvenser. Vi som framtida socionomer behöver få så mycket kunskap och inblick som möjligt i våra klienters livsvärld och erfarenheter. Vad kan då vara bättre än att få möta dessa kvinnor, ta del av deras berättelser och se människan bakom. Det är de som vet hur det är att vara inne i ett beroende med allt vad de innebär. Det är de som vi bör betrakta som experter. Vi hoppas att den här studien kan leda till ökad kunskap inom det professionella fältet. Vi hoppas också att våra läsare kan få en djupare förståelse för beroendeproblematiken.

Tack!

Vi vill rikta ett stort tack till Er kvinnor som deltagit i vår studie och som med stort engagemang delat med sig av sina erfarenheter. Vi vet att det är ett känsligt ämne och är därför väldigt tacksamma för att ni ville medverka. Utan Er hade denna studie inte varit möjlig. Vi vill även rikta ett varmt tack till vår handledare Tom Leissner för hans små råd och synpunkter.

Ulla-Maria & Annelie

GÖTEBORG

HÖSTTERMINEN

2009

Innehåll

1. Inledning.....	1
1.1 Syfte	2
1.2 Frågeställningar	2
2. Metod	3
2.1 Förförståelse	3
2.2 Urval.....	3
2.3 Intervjutillfället.....	4
2.4 Avgränsningar	4
2.5 Etiska överväganden	4
2.6 Reliabilitet, validitet och generaliserbarhet.....	5
2.7 Genomförandet av analysen	6
2.8 Litteratursökning	6
3. Allmänt om alkohol och behandling	7
3.1 Statistik om alkohol.....	7
3.2 Skillnad på beroende och missbruk.....	7
3.3 Olika behandlingsmodeller	8
3.3.1 Minnesotamodellen	8
3.3.2 Den lösningsfokuserade modellen	9
3.3.3 Den miljöterapeutiska modellen.....	9
3.4 Eftervård.....	9
3.5 Perspektiv på alkohol	10
3.6 Tidigare forskning	11
4. Teoretiska utgångspunkter och perspektiv	13
4.1 Genusperspektiv	13
4.2 Kasam.....	14
4.3 Copingstrategier	15
4.4 Bourdieus begrepp kapital, habitus och fält.....	16
4.4.1 Kapital	16
4.4.2 Habitus	17
4.4.3 Fält.....	17
5. Resultat och Analys.....	18
5.1 Målgruppen	18
5.2 Tema: Uppbrott och Behandling	18
5.2.1 När måttet är rågat.....	18
5.2.2 Samkönad och blandkönad behandling.....	20
5.2.3 Att finna en förklaring till sitt beroende.....	21
5.3 Tema: Nykterheten i vardagen	22
5.3.1 Konsten att leva nyktert.....	22
5.3.2 Det sociala nätverkets betydelse	22
5.3.3 Sundare livsstil och meningsfull sysselsättning	23
5.4 Tema: Kvinnlighet.....	24
5.4.1 Att vara kvinna på gott och ont	25
5.4.2 Total förändring av självbilden	26
5.5 Resultatsammanfattning	26
6. Slutdiskussion.....	28
7. Källförteckning.....	30
7.1 Litteraturförteckning	30
7.2 Källor på Internet	31
8. Bilaga 1 (informationsbrev)	33

9. Bilaga 2 (intervjuguide)	34
-----------------------------------	----

1. Inledning

Var tionde svensk är alkoholberoende, ett beroende som hör till vårt lands vanligaste och allvarligaste sjukdomar (Mattzon, 2007). Det brukar sägas att av de här cirka en miljon människor är det drygt 100 000 som är socialt utsatta och befinner sig på den så kallade ”parkbänken”, resterande har flyttat in sin ”parkbänk” i hemmet. Detta är människor från alla olika samhällsklasser och yrken, hög som lågpresterande, offentliga som ickeoffentliga personer. En stor del av dessa är kvinnor, mammor, systrar, fruar och arbetskamrater. Kvinnor som lever ett till synes helt vanligt liv men som också kämpar för att upprätthålla en fasad utåt till följd av sitt alkoholberoende (Lundberg, 2005).

Av alla anställda på våra arbetsplatser i Sverige skulle 4 till 5 procent behöva hjälp med att bryta sitt beroende. Oftast väljer den drabbades familj, anhöriga och vänner, likaså arbetsgivare och arbetskamrater att inte se problemet. Det kan bota i framförallt förnekelse, skamkänslor, okunskap och rädsla. Detta kallas för medberoendeproblematik och den är väldigt komplex, likaså är beroendesjukdomen alkoholism. I folkmun kallas den även förnekelsens, skammens och känslornas sjukdom (Mattzon, 2007).

Både socialtjänsten, hälso- sjukvården och WHO (Världshälsoorganisationen) har kommit fram till att en person kan vara missbrukare utan att vara beroende. En person kan också genetiskt bära på anlag som kan göra att den utvecklar ett beroende (Leissner/Hedin, 2002). På senare tid har medicinsk forskning kommit fram till att beroendetillstånd kan betraktas som hjärnsjukdomar med starka genetiska inslag (Augustsson, 2007). Detta betyder således att personer som bär på anlaget inte alltid utvecklar ett beroende. Yttre faktorer som uppväxtmiljön eller hur man förhåller sig till olika skeenden i livet såsom skilsmässa, arbetslöshet, förlust av anhörig eller andra traumatiska upplevelser kan ha betydelse. Beroendebegreppet innebär att sjukdomen kan ta sig uttryck på många olika sätt, inte enbart genom alkohol. För många kan det även innebära ett beroende av exempelvis nikotin, lugnande och antidepressiva mediciner, värktabletter, mat, relationer och arbete. Det är därför inte helt ovanligt att den som kommer ur ett alkoholberoende går över till ett beroende av annan art (Leissner/Hedin, 2002).

Kvinnor har historiskt sett levt ett utsatt liv i samhället på grund av sitt kön vilket även kan problematiseras utifrån ett behandlingsmässigt perspektiv. Under 1920-talet vårdades kvinnliga missbrukare frångående männen. Anledningen var då att man ville kontrollera de sexuella drifterna hos missbrukarna, brottslingarna och de prostituerade. På 60-talet fick samhället i och med solidaritetsbegreppet en mer demokratiskt inriktad terapeutisk anda vilket gjorde att män och kvinnor behandlades tillsammans. Frivillighet, demokratisering och samhällsansvar präglade 80-talet mycket på grund av uppkomsten av den omarbetade socialtjänstlagen. Lagen innebar också en utökad tvångsvård, den så kallade LVM-lagen. Trots att männen fortsatte dominera behandlingshemmen så uppmärksammades kvinnors situation allt mer genom forskning. Den samkönade behandlingen återinfördes (Trulsson, 2005). Fler behandlingshem, inriktningar och behandlingsmodeller växte fram. Alkoholism som en sjukdom fick i många modeller en framskjuten plats. En modell som fick stor genomslagskraft världen över var Minnesotamodellen. Den kallas även 12-stepsprogrammet vilken används av bland annat AA, anonyma alkoholister (Lundberg, 2005).

Utvecklingen har de senaste åren gått i riktning mot att eftersträva en behandling och eftervård utifrån kvinnors specifika behov. Det har framkommit att kvinnor kan behöva andra

faktorer i sin behandling därför att problematiken runt omkring ser olika ut beroende på kön. Kvinnor i allmänhet försöker leva upp till den samhällsnorm av hur en kvinna ska uppträda, se ut och sköta sig. Det innefattar att ta ansvar för sig själv, sitt liv och sin familj. Framförallt ansvarsaspekten präglar kvinnors självbild. Den rådande normen, som inte är förenlig med ett liv präglat av beroende, leder till en stor skuld och skamfylld tillvaro, vilket kan få konsekvenser för kvinnans livsstil. Det är heller inte ovanligt att dessa kvinnor blir utsatta för våld, förnedring och sexuell exploatering vilket förstärker den redan negativa självbilden. Brister i eftervården gör det svårt för många att behålla sin nykterhet efter avslutad behandling. Det kan bero på att kommunerna förväntar sig att frivilligorganisationer ska ta vid. Det sociala nätverket som innefattar exempelvis boende och sysselsättning kan för många vara en viktig faktor till att bibehålla sin nykterhet (can.se, 2008). Trots missbruksproblematik och brister i eftervården lyckas många av dessa kvinnor ta sig ur sitt beroende och hitta ett sätt att leva nyktert. För en hel del kvinnor innebär det en total förändring av sin nuvarande livssituation (Öjehagen, 2000).

1.1 Syfte

Vårt syfte är att undersöka orsakerna till varför före detta alkoholberoende kvinnor valde att förändra sina liv och hur de fått livet att fungera nyktert.

1.2 Frågeställningar

Vilka har varit de bidragande orsakerna till att kvinnorna valde att förändra sina liv? Har det varit behandlingen, den eventuella eftervården eller andra faktorer som hjälpt kvinnorna till ett nyktert leverne?

På vilket sätt ser kvinnorna annorlunda på sig själva och sin kvinnlighet, före och efter behandlingen?

2. Metod

Vi har valt att besvara syfte och frågeställningar genom att göra en kvalitativ undersökning som består av sju stycken öppna intervjuer. Frågorna som respondenterna fick svara på finns i vår intervjuguide (bilaga 2). Resultaten presenterar vi utifrån tre teman, behandling, nykterheten i vardagen och kvinnlighet. Anledningen till att vi valt den kvalitativa metoden är att vi vill försöka få direkt kunskap om de inblandades subjektiva upplevelse, deras egna ord, tankar, känslor och tolkningar kring våra frågeställningar. Vi vill fånga deras upplevelsevärld. Vi anser att vi gör det bäst genom att ha en induktiv ansats. Det betyder att man som forskare studerar ett fenomen utan förutfattade hypoteser och teorier. Analysförfarandet blir således präglad av materialet ur vilket begrepp och teorier växer fram (Kvale, 1997). Vi är medvetna om att data alltid är beroende av teori. Någon form av hypotes eller implicit teori finns oftast hos oss eftersom vi människor har väldigt svårt att vara helt och hållet utan förförståelse (Larsson, 2005).

2.1 Förförståelse

Vi har både ett intresse av genusperspektiv i flera frågor som rör socialt arbete. Vi valde att inrikta oss på kvinnor och alkoholmissbruk dels därför att en av oss arbetat med denna problematik under sin praktik. Den andra har ett genuint intresse av att arbeta med kvinnor och barn i utsatta situationer och detta var något vederbörande kom i kontakt med under sin utlandspraktik. Vi har båda betraktat problematiken utifrån och var nu mer intresserade av att ta reda på hur den subjektiva upplevelsen för de som har erfarenhet av detta egentligen ser ut. Det är ju ett samhällsproblem som likt många andra folk gärna inte pratar om. Vi trodde att det var vanligare än vad allmänhetens uppfattning verkar vara med den så kallade alkoholismen "bakom stängda dörrar". Vi kände förvisso till sjukdomsbegreppet men hade mer tankar kring den sociala miljön, snarare än den genetiska, som största orsak och påverkan vad gäller alkoholberoende. Sättet att se på alkoholism som ytterliggare ett utlopp för ett beroende och beroendet som en övergripande sjukdom innehållande en djupare problematik var för oss obekant.

2.2 Urval

För att få tag i personer som ville medverka i vår forskning använde vi oss till en början av Internet för att få fram olika behandlingshem, föreningar och institutioner som arbetar med den här problematiken. Till dessa skickade vi ut ett e-postbrev där vi beskrev vårt syfte och frågade om de kunde hjälpa oss med relevanta kontakter. Detta gjorde urvalet begränsat med risk för att det därför inte kan betraktas som så generaliserbart. De som inte svarade kontaktades även per telefon. I telefonsamtalen kom vi fram till att vi skulle skicka dem vårt informationsbrev i vilket vårt syfte, namn och telefonnummer fanns med. Om de hade någon som var intresserad av att ställa upp på en intervju var de välkomna att kontakta oss, (se vidare avsnitt 2.5). Hela processen gav oss respondenter från de olika former av instanser vi kontaktat. Vi gick även på ett öppet AA- möte, som är öppet för alla, för att på så sätt få kontakt med kvinnor med den erfarenhet vi sökte. Framförallt gick vi dit för att på så sätt få kontakt med kvinnor som lyckats ta sig ur sitt beroende utan att ha genomgått någon form av behandling. Vi presenterade vilka vi var och syftet med vårt besök. Vi delade även här ut vårt informationsbrev till de kvinnor som var där den kvällen så att de kunde kontakta oss om de ville medverka i vår studie. Utkomsten blev att vi fick kontakt med sju kvinnor i åldersspannet

30 till 65 år som varit nyktra mellan 2 och 13 år. Dessa motsvarade den målgrupp vi sökte eftersom de var kvinnor som levde ett till synes normalt liv med familj och arbete och som inte var att betrakta som socialt utsatta (se vidare avsnitt 2.4).

2.3 Intervjutillfället

Vi använde oss av en diktafon för att kunna spela in intervjuerna. Detta för att vi skulle kunna skriva ut, gå tillbaka och lyssna på dessa då vi gjorde vår analys. Vi använde oss av den allmänna intervjuguiden vilket innebär att vi utgick från ett antal relevanta teman kopplade till frågeställningarna. Intervjuerna tog mellan trettio och sextio minuter. Till varje tema hade vi underfrågor som vi inte följde ordagrant men som skulle se till att vi under intervjuens gång täckte in de relevanta områdena som vi ville få respondenternas åsikter om. Vår intension var att ställa tydliga och korta frågor som möjliggjorde rika beskrivningar. Vi använde oss även av den så kallade trattprincipen, där vi började med allmänna frågor för att sedan övergå till mer detaljerade (Lilja, 2005). Fördelen med datainsamlingar som görs i form av öppna intervjuer är att respondenterna kan beskriva sina tankar, känslor, attityder och upplevelser av situationen (Kvale, 1997).

Vi är medvetna om att det är mycket som påverkar en intervju, inte bara hur frågorna är uppbyggda och ställda utan även hur vi som intervjuare bemöter respondenten med både språk och kroppsspråk. Andra faktorer som spelar in är var intervjun görs, vilken tid, vad vi ska ha informationen till, hur vi identitetssäkrar personen och hur mycket vi klarar av att neutralisera maktposition som ändå infinner sig och som kan upplevas obehaglig för respondenten. För att försöka undvika dessa fällor frågade vi våra respondenter var de ville träffas och vilken tid. Vi skickade även ut ett informationsbrev till dem som kort beskrev vårt syfte med intervjun, hur intervjun var tänkt att genomföras och vårt etiska förhållningssätt.

2.4 Avgränsningar

Vi har valt att inte studera de kvinnor som till följd av sitt beroende blivit socialt utsatta utan istället fokusera på den grupp före detta alkoholberoende kvinnor som levt och lever ett till synes normalt liv. Med detta menar vi de kvinnor där omgivningen inte uppfattar att de har någon form av alkoholproblematik. Det uppfattas som att dem sköter sitt arbete och tar hand om sin familj och sig själva. Detta definierar vi som ett "normalt liv" men i förhållande till den rådande alkoholproblematik de också lever i menar vi att det normala livet blir en fasad, alltså ett "till synes normalt liv". Dessa kvinnor har alltså bara flyttat in sin "parkbänk". Eftersom vi valt att fokusera på före detta alkoholberoende kvinnor har vi valt att inte fördjupa oss i den manliga aspekten av liknade problematik. Detta berör vi endast till viss del i behandlingstemat och i de fall det framkommit tankar kring det här från våra respondenter. Vi har också valt att inte fördjupa oss i bakomliggande orsaker och eventuella händelser till varför de kvinnor vi intervjuat utvecklat ett alkoholberoende. Vårt syfte är att undersöka orsakerna till varför de valde att förändra sina liv och hur de fått tillvaron att fungera nyktert. Vi anser att andra nämnda faktorer skulle vara ett alltför stort område att behandla i denna studie.

2.5 Etiska överväganden

Det finns riktlinjer i lagboken SFS 2003:460 angående etisk prövning och forskning. Vi har gjort vår undersökning i enlighet med humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådets fyra huvudkrav: informationskravet, samtyckeskravet, nyttjandekravet och

konfidentialitetskravet (www.vr.se, 2009).

För att få material till uppsatsen har vi valt att intervjua kvinnor med erfarenhet av alkoholberoende och som levt nyktert i minst två år. Vi vill självklart inte orsaka dessa kvinnor något lidande eller utsätta dem för något som de inte orkar med och har därför varit väldigt noga med att först kontakta behandlingshem och liknande instanser för att få deras syn på eventuella tänkbara kontakter och genom dem förmedla frågan om ett eventuellt deltagande i vår studie med tanke på den rådande sekretessen. De kvinnor som våra kontakter trodde kunde tänka sig ställa upp på att vara med i vår undersökning fick vårt informationsbrev mailat till sig med en förfrågan om att kontakta oss om de var intresserade (bilaga 1). I det brevet informerade vi respondenterna om vad vi skulle intervjua dem om och vad undersökningen handlade om, detta för att följa det så kallade informationskravet samt nyttjandekravet. Vi skrev även att deltagandet var helt och hållet frivilligt och att de när som helst kunde välja att avbryta samarbetet, detta i enlighet med samtyckeskravet. Vi garanterade dem att de skulle vara helt och hållet anonyma och att ingen annan än vi skulle få ta del av det inspelade materialet, i och med det uppfyller vi konfidentialitetskravet. Innan varje intervju försäkrade vi oss om att alla fått ta del av brevet och informerade åter respondenterna kort om det som stod däri.

2.6 Reliabilitet, validitet och generaliserbarhet

Inom forskningens värld använder man sig, som forskare, av olika begrepp för att mäta sin studies övergripande kvalitet. Till dessa hör reliabilitet som innebär att resultaten ska vara tillförlitliga. Hög reliabilitet innebär att även om flera studier görs under exakt samma förutsättningar och med samma syfte skall resultaten bli detsamma (Svenning, 2003). Utifrån vår studie ställer vi oss tveksamma till dennas reliabilitet eftersom vi, i många av våra frågor, lägger fokus på respondenternas egna subjektiva upplevelser vilka utgör resultatet för studien. Det är inte troligt att en annan studie, med andra respondenter fast med samma metod, frågeställningar och syfte skulle ge samma resultat som vår.

Med validitet menas att man mäter det man avser att mäta. Här är val av metod avgörande för studien. Passar dessa ihop bidrar detta till att studien får en, så kallad, hög validitet. Även detta har således att göra med studiens tillförlitlighet. I den kvalitativa forskningen är forskaren själv sitt främsta redskap. Här är det viktigt att man som forskare har förmågan att utforma en intervjuguide som kan koppla samman studiens frågeställningar och valda teorier. Vi bedömer validiteten för vår studie vara relativt hög då vi tycker att vi använt oss av en passande metod för det vi avser att mäta. Svårigheten är, när det gäller empirisk forskning, hur man får ihop frågeställningar och teorier till ett konkret mätinstrument genom intervjuguiden (Svenning, 2003). Vi anser dock att det är omöjligt att vara helt objektiv eftersom vi oftast har en förförståelse som präglas av subjektiva åsikter. Idag har också användandet av dataprogram inom kvalitativ forskning ökat validiteten. Dataprogrammet kan ge ett bredare urval och möjlighet att arbeta med en större mängd information (Larsson, 2005). Vi har inte använt oss av något dataprogram då vi inte anser oss ha tillräcklig kunskap angående det här.

Generaliserbarhet är en fråga om yttre validitet. En kvalitativ studie är mer exemplifierande än generaliserande. Det är därför svårare att få fram ett generaliserbart resultat i en kvalitativ studie (Svenning, 2003). En kvalitativ studie kan dock bli mer generaliserbar om man som forskare kan analysera sitt material och lyfta innehållet, med hjälp av teorier, till en mer generell nivå (Kvale, 1997). Troligtvis kan vår studie representera den alkoholberoende kvinnan och hennes problematik i allmänhet med reservation för geografiska skillnader och subjektiva åsikter. Med geografiska skillnader menar vi att det exempelvis i en storstad kan

vara lättare att dölja sitt beroende och möjligheterna till behandling, vård och självhjälpsgrupper är större än i en småstad. Å andra sidan är vår uppfattning att utbudet av alkohol är desto mer utbrett mycket i och med det kulturella livet som finns en storstad.

2.7 Genomförandet av analysen

I en kvalitativ metod börjar analysen med en gång brukar det sägas. Med andra ord tolkar vi det som sägs under intervjuerna reda under intervjutillfället men det är när vi transkriberat materialet som den egentliga analysen börjar (Larsson, 2005). En analys som vi vill ska bära frukt och ge en ökad förståelse och praktiskt nytta både inom sjukvården, socialtjänsten och för människor i allmänhet. Vår intervjuguide var uppdelad i teman så efter transkriberingen av intervjuerna gjorde vi meningskoncentreringar av respektive teman. Det vill säga att vi formulerade om långa väsentliga uttalanden till korta och koncisa för att få en mer överskådlig bild av innehållet (Kvale, 1997). Vi uttolkade på så sätt svaren till frågeställningarna från materialet och använde oss av den hermeneutiska tolkningsstrategin. Det centrala i hermeneutiken är tolkningen av texten. Tolkningens syfte är att få fram en gemensam och godtagbar förståelse av textens mening. Vi har varit medvetna om språkets makt och att våra personliga åsikter kan ha präglat våra tolkningar. Vi har också haft en fenomenologisk ansats vilket innebär ett försök till en direkt beskrivning av upplevelser utan att ta hänsyn till dess ursprung eller orsak. Vår intension var att få våra respondenters upplevelser kring hur de får livet att fungera nyktert. Det ville vi göra utan att belysa deras personliga orsaker till varför de hamnat i beroende. Utifrån fenomenologins grundprinciper har vi försökt vara öppna för alternativa tolkningar (Kvale, 1997).

2.8 Litteratursökning

Litteratur i form av böcker och artiklar till vår uppsats har vi främst sökt på Universitetsbiblioteket genom Gunda, Libris, artikelsök och även med hjälp av Internationella databaser som PsycINFO och Social Services Abstracts. Vi har även använt oss av stadsbibliotekets utbud. Sökorden vi främst använt har varit: kvinna, beroende, behandling, nykterhet, forskning och alkohol. Även vår handledare hade böcker av relevans som vi fick låna. Vi har även letat efter information på Internet om olika behandlingar och behandlingshem inom Västra Götalands region, beroende och självläkning. Inspiration till litteratur har vi också funnit i kurslitteratur som ingått i Socionomprogrammet.

3. Allmänt om alkohol och behandling

Vi har valt att ta upp olika aspekter som vi tycker är viktiga när det gäller alkoholberoende. Eftersom vi inledningsvis talade om att alkohol var att betrakta som en väldigt utbredd folksjukdom i Sverige tycker vi det är relevant att presentera lite statistik över detta. Vi vill på så vis skapa en mer överskådlig bild av alkoholens omfattning och de negativa konsekvenser den ger. Vi kommer också att förklara skillnaden mellan missbruk och beroende, ge olika perspektiv på alkoholberoende samt gå in på vad forskningen kommit fram till när det gäller beroende, eftervård och den tidigare forskning vi funnit.

3.1 Statistik om alkohol

I Sverige finns det cirka 250 000 människor som dricker så stora mängder alkohol att de får skador av det. 5000 till 7000 dör varje år av dessa skador. Ingen konsumtion är riskfri men det finns riktlinjer att förhålla sig till. Den som intar 70 gram alkohol per dygn (cirka en flaska vin, 20 cl sprit) är i riskzonen för att få sviter av detta intag. .

Av alla som dödas i trafiken, har 20-30 procent alkohol i blodet, 8 av 10 som drunknar likaså. Det här är två exempel på negativa konsekvenser som sker till följd av alkoholkonsumtion. Statistik visar också att dessa ökat. Andra exempel är rattfylleri och omhändertagandet av berusade personer (www.can.se, 2005).

Av alla som tas in på akutsjukvården har cirka 20 procent alkoholproblem och inom den psykiatriska vården rör det sig om drygt 40 procent. Mer än 10 000 vårdplatser inom socialtjänsten och sjukvården används för ”alkoholvård”. När det gäller alkoholberoende kvinnor har det skett en fördubbling inom institutionsvården under de senaste åren, till 40 procent. Inom slutenvården utgör kvinnorna 25 procent av de intagna (www.can.se, 2005).

Personer med beroende finns till stor del bland de socialt skötsamma. Det så kallade A-laget, de socialt utslagna som ofta syns på parkbänken, utgör faktiskt bara toppen på isberget. Man kan då fråga sig hur många barn som kommer i kontakt med alkoholmissbruk. Faktum är att så mycket som 20 procent av alla som föds, har alkoholdebuterat i mammas mage och flera hundra tusen barn växer upp med föräldrar som har alkoholproblem (www.ksan.se, 2004).

3.2 Skillnad mellan beroende och missbruk

Enligt WHO, Världshälsoorganisationen, så är uppkomsten av ett beroende kopplat till kemiska substanser med likheter och skillnader i både kemisk struktur och verkningsmekanismer. Belöningssystemet i hjärnan anses centralt för deras verkningar. (Berglund/ Rydberg, 1995). En gemensam faktor för alla som utvecklat ett beroende är att belöningssystemet i hjärnan förändras då denna successivt blivit tillvand en drog. Hjärnan har, som många brukar säga, kidnappats (www.rfhl.se, 2008).

Inom hälso- sjukvården anses det fel att benämna termerna missbruk och beroende synonymt. Det finns ett diagnostiskt schema, som inom sjukvård och specialiserad beroendevård, används som mätinstrument för att kartlägga olika kriterier. Det här kallas DSM IV (Berglund/Rydberg, 1995). Inom detta talas det om begreppen riskbruk, missbruk och beroende. Riskbruk innebär att man använder en drog kortare perioder men inte lider av några konsekvenser av det. Man uppsöker inte vård men befinner sig ändå i riskzon. Missbruk

betraktas som ett tillstånd som föregår ett beroende. Detta kännetecknas av ett ökat intag av en drog vilket får konsekvenser som kan innebära att skola, arbete och andra förpliktelser blir lidande. Det är när bruket av en drog blivit så påtaglig att andra betydelsefulla beteenden fått ge vika som de inom WHO talar om ett beroende. Det här är en rådande allmän definition. Det finns kriterier som man utgår från för att fastställa om en person är beroende eller inte. Kriterierna är till exempel ett starkt tvång att dricka alkohol, ointresse av andra saker än alkohol och abstinenssymptom. Det kan vara enklast att prata om ett riskbruk som övergår till ett missbruk och slutligen går över i ett beroende (www.rfhl.se, 2008). Man ska heller inte glömma att alkoholen i sig är en beroendeframkallande drog precis som nikotin, kokain och heroin.

Vi har nu tagit upp beroende och skillnader mellan missbruk och beroende. Det talas idag även allt mer om andra typer av beroende som till exempel sex, spel, shopping, mat och sockerberoende. De här tillstånden liknar delvis, men inte helt substansberoende. Enligt svensk sjukvård är det mer befogat att i dessa fall tala om missbruk än beroende. Det går, enligt sjukvården, inte bevisa att det är samma områden och signalsubstanser i hjärnan som aktiveras då det gäller dessa missbruksbeteenden (Vårdguiden.se, 2009). Vi väljer att ta med detta resonemang i det här avsnittet. Det gör vi med anledningen att många av våra respondenter upplever sig ha en beroendesjukdom med flera utlopp, exempelvis sockerberoende. En amerikansk forskare, Kathleen DesMaisons har hittat ett nytt samband. Hon menar att alkohol och socker påverkar hjärnan och signalsubstanserna på samma sätt. Därför bör en person med alkoholproblem undvika socker och snabba kolhydrater eftersom de är sockerkänsliga (Jonsson/Nordström, 2004). Det här är inte det vanligt förekommande synsättet inom svensk sjukvård.

3.3 Olika behandlingsmodeller

Det finns flera olika behandlingsmodeller. Vi har valt att presentera tre av dem. Varje modell har olika varianter inom sig, det vill säga att man följer modellen på olika sätt beroende på hur den tolkas.

3.3.1 Minnesotamodellen

Minnesotamodellen eller 12-stepsprogrammet ser alkoholberoende som en sjukdom och att enda vägen att hålla sig frisk är livslång avhållsamhet från alkohol. Det talas även om alkoholberoende som en form av allergi som en metafor för alkoholistens upplevelse av sitt missbruk. Man talar här om begreppet mental besatthet av ett beroende, exempelvis alkohol (Lundberg, 2005). Alkoholberoende ses även som ett kroniskt sjukdomstillstånd men som ändå betraktas som behandlingsbar. (Bergmark/Oskarsson, 2000). Som beroende får man en rationell förklaring till ett irrationellt beteende. Det handlar också om att den som är beroende inser och erkänner sitt beroende som en sjukdom och att man är maktlös inför spriten (Hilte 2002). Att betrakta alkoholberoende som en sjukdom man aldrig blir av med och att den som blivit beroende aldrig kommer kunna dricka normalt, är troligtvis sant även ur en biomedicinsk aspekt. Men det finns fortfarande vissa oklarheter. En person bör även ses utifrån fem kulturella dimensioner; den biologiska, den psykologiska, den sociala, den ekologiska och den existentiella (Birath, De Marinis, Hansagi, (2005). De här dimensionerna har kommit att prägla olika behandlingsmodeller när det gäller alkoholberoende, den lösningsfokuserade modellen, den miljöterapeutiska modellen och den redan nämnda Minnesotamodellen.

3.3.2 Den lösningfokuserade modellen

Den lösningfokuserade modellen betraktar personen i fråga som expert på det egna livet och att denna redan bär på lösningen på sitt problem. Som behandlare antar man det salutogena perspektivet och fokuserar på det friska i personens tillvaro. Den lösningfokuserade modellen strävar inte efter att söka bakomliggande orsaker utan betonar här och nu situationen. Personen som är beroende innehar själv kompetensen att förändra sin tillvaro (Hilte, 2002).

3.3.3 Den miljöterapeutiska modellen

I den miljöterapeutiska modellen betonas den sociala miljön. Denna modell lämpar sig bra för samkönade behandlingar främst var gäller kvinnlig missbruksproblematik. Den missbrukande kvinnan står för allt det som den normala, kompetenta kvinnan inte är, i starkt negativ bemärkelse. En samkönad behandling ger kvinnan möjlighet att fokusera på sig själv som kvinna i ett mansdominerat samhälle. Utvecklingen av självkänedom står i fokus och kvinnan får hjälp med att förstå sitt missbruk och dess konsekvenser i relation till den kontext hon lever i (Hilte, 2002).

3.4 Eftervård

Med de siffror i åtanke, som vi presenterade i statistik delen, kan man fråga sig hur den behandling och eftervård som finns inom missbruksvården fungerar och hur behandlingsresultaten ser ut rent statistiskt. Faktum är att brister i eftervården gör det svårt för många som avslutat behandling att lyckas bibehålla sin nykterhet. Med eftervård menas att den som avslutar sin behandling får fortsatt stöd av de professionella, under en övergångsperiod på cirka ett år. Här är det svårare för dem som vistats på institution och slutenvård eftersom de oftast kommer ut till ingenting. Det vill säga personer som saknar boende, arbete och socialt nätverk. Vi kan här exempelvis nämna de som vårdats under LVM, lagen om vård av missbrukare, eller de som inom kriminalvården ingått i något behandlingsprogram för sitt missbruk. Enligt 30:e paragrafen i LVM-lagen skall socialnämnden arbeta aktivt för att eftervården ska fungera. Sonja Wallbom, ordförande i RFHL, menar att den vårdplanering som ska utarbetas, saknas i allt för många fall. Sonja resonerar vidare att kommunens bristande ansvar för eftervården kan grunda sig i en förväntning på att frivilligorganisationer ska ta vid. Detta kanske talar sitt tydliga språk då ett vanligt inslag i behandling och eftervård är just att slussa ut klienterna i självhjälpgrupper (www.can.se, 2008).

Forskning har visat att behovet av eftervård inte framstår som lika viktigt då det gäller klienter som kommer från öppenvården. Det kan hänga samman med att de ofta har sitt sociala nätverk kvar, vilket innefattar arbete och boende (www.can.se, 2008). Vi får inte glömma att ett väldigt stort antal beroendepersoner också spontanläker, vissa med mycket begränsade Det talas här om förändringsprocesser vilket börjar med en insikt som leder till förändring. Detta sker även genom behandling men faktum är att en stor del således har förmåga att komma ur sitt beroende på egen hand (Melin/Näsholm, 1998). Vi får dock inte glömma att mörkertalet när det gäller både beroende och spontanläkning kan vara ganska stort. Detta för att många av

dessa människor inte behöver komma i kontakt med några offentliga organisationer över huvudtaget.

Vad man ska tänka på, enligt Jan Blomqvist, professor i sociologisk alkoholforskning, är att stödet från ett socialt nätverk ofta kan betyda mer än en professionell behandling. Därmed inte sagt att det är fråga om antingen eller, utan mer att använda vårdsystemets insatser som ett sätt att få igång, underlätta och på olika sätt stödja beroendepersonens eget försök att finna en lösning. Han menar att en majoritet av dem som har ett alkoholproblem aldrig kommer i kontakt med professionell hjälp, men många tar sig ändå ur sina problem. Den så kallade självläkningen har haft en rätt obetydlig plats när lösningar på alkoholberoende diskuterats. Detta är något Jan Blomqvist vill ändra på (www.fas.se, 2007)

3.5 Perspektiv på alkohol

För mer än 100 år sedan upptäckte forskningen ett samband mellan alkoholberoende personer och förekomsten av alkoholism i deras familjer. I genomsnitt finns en sjufaldig ökning av alkoholberoende hos förstegradssläktingar, det vill säga, föräldrar, barn och syskon till personer med det här, jämfört med personer som inte lider av detsamma. En fjärdedel av fäderna och en tjugondel av mödrarna till alkoholberoende individer lider själva av det här. Det är relevant att tala om social faktor såsom uppväxtmiljö eller det biologiska arvet som den bidragande faktorn till att en person utvecklar ett alkoholberoende. Alltså ökar risken för alkoholberoende där miljöfaktorer och den genetiska risken samspelar. Det går inte att utesluta att vissa personer är mer biologiskt eller psykologiskt benägna att utveckla alkoholberoende. Detta utan att social påverkan, inläring eller biologiska faktorer förekommer (von Knorring, 1995). Det är även känt att en stressad livssituation kan göra att man löper större risk för att utveckla ett beroende (www.rfhl.se, 2008).

Forskning har visat att ängsliga, impulsiva, såväl blyga som utåtriktade personer kan bli alkoholberoende. Anledningarna till att en person börjar dricka alkohol kan vara för att koppla av, dämpa oro och ångest eller för att våga vara mer utåtriktade. Ett ökat drickande kan leda till att personen börjar använda olika försvar för att dölja sitt drickande och skylla på andra faktorer. För många är ordet "alkoholist" en stark, laddad och negativ benämning vilket leder till skuld- och skamkänslor samt rädsla för att erkänna ett beroende. Det är därför vanligt att drickandet förnekas och skylls på exempelvis besvärliga livssituationer såsom arbetslöshet, skilsmässa eller dödsfall. Ångest och depressioner kan också vara en orsak till att en person börjar dricka mer alkohol. Det blir en ond cirkel då ett pågående missbruk successivt leder till försämrad psykisk hälsa, som i sin tur leder till mer ångest och depressiva symtom. Den rådande samhällssynen på alkoholism kan vara att betrakta som föråldrad. Uppfattningen om en alkoholist som en ryggradslös person med dålig känsla för etik och moral samt bristande karaktär kan leda till att många väljer att förneka sitt beroende och därmed inte söka hjälp. En annan sida är att många har de faktorer som enligt forskningen krävs för att själva kunna tillfriskna utan behandling. Forskning visar på att det är flera faktorer som har betydelse, dels faktorer i omgivningen, dels individen själv. Att komma till ett beslut om ett uppbrott kan bero på att de negativa konsekvenserna alkoholen gett blivit för stora och att man som person nått sin så kallade "botten". Det sociala nätverkets betydelse är också väldigt viktigt. En del behöver flytta till en annan stad, helt byta vänskapskrets, byta vanor eller förändra sin egen syn på livet (Blomqvist, 2008). Jan Blomqvist, professor i sociologisk alkoholforskning, beskriver två synsätt av hur det kan gå till att bryta sitt beroende. Den ena är behandlingsfokus, där alkoholen är problemet som man genom behandling botar och där eftervården är ett sätt att inte bli "sjuk" igen. Den andra är individen som utgångspunkt, de personer som inte kommer i kontakt med sjukvården utan hittar *sin* lösning, så kallad

sjävläkning (Blomqvist, 2008). Den föråldrade samhällssynen kan idag ställas mot de fakta att alkoholism är en beroendesjukdom som i sin tur genererar i ett bristfälligt beteende. Att vara alkoholist är att vara missbrukare och beroende i den vetenskapliga terminologin (Mattzon, 2007). Vi använder ordet alkoholberoende då vi tycker det passar bättre i vår studie.

3.6 Tidigare forskning

Vi har sökt efter liknande studier utifrån vårt syfte, vilket var att undersöka varför före detta alkoholberoende kvinnor valde att förändra sina liv och hur de fått det att fungera nyktert, i ett antal databaser. De databaser vi undersökte fann vi genom Göteborgs universitets bibliotek under ämnet socialt arbete. Vi fann en hel del som skrivits om alkohol och drogproblematik utifrån hur det fungerar då personer befinner sig ett aktivt bruk. Vi fann även mycket som skrivits om uppbrottsprocesser och vad som föreligger att personer söker behandling eller på annat sätt tar sig ur ett missbruk. Då det gäller att se till faktorer som får livet att fungera nyktert hittade vi inte någon studie som bara förhöll sig till detta. De sökord vi använde oss av var alkohol, kvinnor, salutogena faktorer, beroende och nykterhet. Då vi sökte i internationella databaser använde vi motsvarande ord på engelska. Vi fann en studie från Australien och en från USA samt en kvalitativ C-uppsats från Östersund som vi kortfattat vill beskriva.

I databasen Science direct fann vi en studie av Jan Copeland (1997). Denna handlar om varför många kvinnor inte söker behandling vid alkohol och drog problematik utan istället lyckas komma ur detta på egen hand. Författaren drar slutsatsen att det stigma många kvinnor upplever till följd av sin problematik samt dålig kunskap kring de behandlingsalternativ som finns ligger till grund för att kvinnor inte söker behandling. Även dålig ekonomi vilket förhindrar att de kan finansiera denna utgör ett hinder. Istället har dessa kvinnor funnit andra vägar till drogfrihet där en mycket viktig faktor var det sociala närverkets stöd. Författaren menar att sjävläkningsfenomenet är lite undersökt och att det finns få studier kring detta.

I samma databas fann vi en annan studie av Deborah Share et.al (2003). Här har man studerat motivationen hos 119 alkoholberoende kvinnor inför, under och efter den behandling de fått. Författarna fann att hos de kvinnor med större motivation var det också lättare att ta till sig behandling och skaffa nya vanor efter de blivit nyktra. Hos de med svagare motivation var resultatet det motsatta. De fick kämpa mer under sin behandling och hade också svårare för att hantera den nykterhet som ändå uppnåtts genom behandling. Författarna skriver sin studie utifrån var dessa kvinnor befann sig rent mentalt i sin förändringsprocess vilket de också anser påverkar motivationen.

I databasen GUPEA under uppsatser fann vi en kvalitativ C-uppsats skriven av Peter Andersson (1998). Denna studie begränsar sig inte enbart till kvinnor och den undersöker de faktorer som krävs för att ta sig ur ett alkohol eller drogberoende. Författaren fastslår att det i mångt och mycket rör sig om individuella faktorer som faktorer i omgivningen. Han sökte finna de faktorer i behandlingen och den privata sfären som föregått ett beslut till att bryta ett beroende samt hur dessa faktorer påverkat den fortsatta förändringsprocessen. De mest betydelsefulla faktorerna var relevansen av att som missbrukare nå botten för att komma till insikt med att detta måste brytas. Det sociala nätverket och stödet däri visade sig också ha stor betydelse men även en inre förändring och ett nytt synsätt på livet för de undersökta personerna var av stor relevans.

Dessa studier tycker vi ger en sammanfattande bild av vad man kan hitta under tidigare forskning utifrån vad vi lyckats finna. I relation till vår studie kan vi konstatera att den är av

relevans för detta kunskapsområde då vi inte enbart undersöker uppbrotsprocessen utan också vill finna en förklaring till hur kvinnor lyckas bibehålla sin nykterhet i ett längre perspektiv. Vi betonar också den kvinnliga aspekten utifrån beroendeproblematiken i relation till en samhällelig kontext men också kvinnors egna strategier och tankar kring detta. Det här tycker vi oss alltså inte finna i tidigare forskning vilket gör att vår studie kan komplettera denna ytterligare.

4. Teoretiska utgångspunkter och perspektiv

Som vi nämnde i metodkapitlet har vi använt oss av en induktiv ansats i vår studie. I vår analys valde vi att använda oss av följande teorier; genusperspektiv, Kasam, coping och Bourdieus begrepp kapital, habitus och fält. Genusperspektivet valde vi för att vi valt att skriva om kvinnor men främst för att utifrån det kunna fördjupa oss i den kvinnliga aspekten av alkoholberoende i relation till en samhällelig kontext. För att kunna tränga ännu djupare i detta ansåg vi oss behöva Bourdieus begrepp kapital, habitus och fält. Dessa begrepp hjälpte oss beskriva mer konkret hur vårt studerade fenomen ter sig. Kasam och coping handlar om att hitta ett meningsfullt sammanhang i tillvaron, om mentala strategier som krävs för att hantera och känslomässigt förhålla sig till problem och svåra situationer. Med denna sistnämnda teori menar vi att vi också kan anlägga ett mer individinriktat perspektiv då det handlar om att beskriva våra respondenters upplevelser och strategier för att hantera en nykter tillvaro. De gestaltar även det sociala nätverkets betydelse. På detta vis tyckte vi oss finna ett bra sätt på vilket vi fick en så holistisk bild som möjligt i vår analys. Vi har valt att väva in tidigare forskning som vi funnit i litteraturen i de olika delarna för att sätta den i ett sammanhang.

4.1 Genusperspektiv

Vi skiljer idag på det biologiska könet, det vill säga det kön man föds till, och det sociala könet, så kallat genus. Begreppet genus tar upp de sociala och kulturella skillnaderna mellan könen. Genus skapas genom våra handlingar. Vad som är manligt och kvinnligt ändras beroende på den samhällskontext man befinner sig i, tidsepoken och i vilken kultur man lever i (Gemzöe, 2002). Detta synsätt har vunnit mark då fler vill få en förändring av de könsstereotyper som finns kvar i vårt samhälle och som begränsar människors handlande och tänkande. Vi börjar så sakteliga bryta det traditionella mönstret och se annorlunda på könsrollerna. Könsrollerna är fasta uppfattningar om vad som är manligt respektive kvinnligt och sitter hårt förankrade historiskt och av en patriarkal ordning (Havnesköld/Risholm/Mothander, 2002). Klass, etnicitet, ålder och sexuell läggning bör också tas med i den sociala identiteten (Gemzöe, 2002). Även samhällets syn på familjen och hur föräldraskapet ska se ut präglas och påverkas av normer, sociala trender och ideal. Kön och genus finns och gestaltas med andra ord på olika nivåer i hela samhället. Skillnaderna kan man även se tydligt mellan män och kvinnor som är alkoholberoende. Diskrepansen mellan den ideala världen och vardagsverkligheten får stor betydelse. För kvinnorna är detta mycket kopplat till den skuld och skam de ofta brottas med (Trulsson, 2002).

När det gäller kvinnor som kommit ur sitt beroende så kan deras självbild ha präglats utifrån vilken typ av behandling dem fått. Detta är något man bör ta hänsyn till för att kunna förstå varför de ser på sig själva och sitt beroende på ett visst sätt. De som har genomgått den lösningsfokuserade eller Minnesotamodellen har fått veta att beroendet beror på den egna kroppen eller psyket. Här lyfts det inte fram några politiska eller sociala perspektiv. De subjektformer eller moraliska karaktärer som synliggörs benämner kvinnan som den kompetenta respektive den sjuka kvinnan. Inom det miljöterapeutiska alternativet benämns kvinnan mer som den frigjorda. Här fokuserar man också mer på en samkönad behandling där kvinnornas liv ses i relation till det mansdominerade samhället. Vilka självregleringstekniker dessa kvinnor får och hur förändringsarbetet utvecklas skiljer sig därför åt. Självet och tankekontrollen är det man fokusera på i den lösningsfokuserade. Att acceptera den egna sjukdomen styr Minnesotamodellen. I den miljöterapeutiska terapin så fokuserar man mer på

medvetenheten och på att lära känna sig själv som kvinna (Hilte, 2002).

Flera forskningsresultat visar att behandlingen oavsett form behöver fler inslag som tillmötesgår kvinnors särskilda behov. Det kan gälla till exempel en bättre struktur för de kvinnor som har eller ska ha barn eller mer hänsyn till det självförakt, skuld och skamkänslor som dessa kvinnor bär på eftersom de traditionella könsrollerna, där en kvinnas drickande omges av negativa attityder, lever kvar. Speciellt om hon även är mamma (Segraeus, 2005). Missbrukande kvinnor har ofta brister i kontakten med sin mamma, ofta på grund av moderns missbruk eller psykiska problem. De kan också ha haft svårt att få väninnor eftersom de ansetts vara lite udda. Många gånger tillfredsställer de istället behovet av närhet genom destruktiva relationer till män. Därför är det av oerhörd vikt att de här kvinnorna ges en möjlighet att ta igen dessa brister i socialisationen genom en samkönad behandling (www.ksan.se, 2004). Många kvinnor med beroende har dessutom varit utsatta för emotionella, fysiska och sexuella övergrepp, utnyttjats eller låtit sig utnyttjats av främst män. En samkönad behandlingsform med kvinnlig personal och terapeuter ger kvinnorna en möjlighet att få uttrycka sina behov, att stärka sitt självförtroende och sin kvinnliga identitet. Att de får vara ifred och fokusera på sig själva blir en fördel. På detta sätt kan de utveckla redskap till att hantera både relationen till män och sina beroenden (Trulsson, 2002).

Behandling i all ära, men vi vet idag att det är en väldigt liten del, framförallt kvinnor, som söker den. De flesta kvinnor med alkoholberoende finner vi oftast inom den allmänna sjukvården. Många gånger söker de för konsekvenserna av sitt beroende, somatiska besvär, ångest eller depressioner. De får ofta utskrivet tabletter för psykiska problem, istället för att se helheten i beroendeproblematiken, vilket kan leda till ett så kallat blandmissbruk. Även ett matberoende är vanligt förekommande bland dessa kvinnor (Öjehagen, 2000). Något som också har stor relevans, är att många kvinnor med alkoholberoende betraktar moderskapet med hopp om ett nytt socialt värde. När de blir gravida avbryter de därför sitt drickande. Många lär sig kontrollera sitt beroende och återfaller inte. Vissa gör dock det här och orsakerna till detta kan vara många (Trulsson, 2002).

Det är även relevant att nämna klasstillhörighetens vara eller icke vara när det gäller både genus och valet av behandling. Viss forskning har visat att kvinnor som genomgått miljöterapi, oftast levt under hårt utsatta villkor medan kvinnor från de andra behandlingsformerna varit mer socialt integrerade. Nämnas ska också att de, på grund av olika anledningar, inte alltid själva kunnat välja behandlingsform (Trulsson, 2005). Det finns inget som säger att alkoholberoendet skulle vara större bland arbetarklassen. Kvinnoidealet i samhället handlar mycket om den respektabla medelklasskvinnan med passande femininitet. I kontrast till dem ställs arbetarklasskvinnan som ickerespektabel utan oren, farlig och sexuell (Trulsson, 2002). Idag handlar det inte om det. Det handlar om att ju högre social status det har ju fler resurser har de att dölja problemet med. Det finns uppgifter på att gifta kvinnor, med anställning och god social status ofta dricker ensamma. Arbetsgivare och anhöriga har även lättare för att lägga locket på ju högre upp i samhället beroendepersonen befinner sig. Det finns, som vi nämnt, många kvinnor som kommer att utveckla ett alkoholberoende. Ingen kan egentligen förutse vilka kvinnor eller vilken samhällsklass, de kommer att tillhöra (Lundberg, 2005).

4.2 Kasam

Aaron Antonovsky, professor i medicinsk sociologi, skapade teorin om det salutogena perspektivet, KASAM. Det står för tre begrepp; begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Kortfattat innebär begriplighet förståelse inför något som inträffat. Personen

kan således uppleva det här, trots att det framstår som problematiskt, som ordnat, strukturerat och tydligt. Hanterbarhet står för att personen upplever sig ha tillräckliga resurser för att hantera det som inträffar och allmänt möta olika situationer i livet. Begreppet meningsfullhet talar om att personen ser sig själv som delaktig i det som sker och att problem och krav som personen ställs inför är värda det engagemang som krävs för att lösa dem. Man kan även tala om att livet innehar en känslomässig innebörd. Här betonas också relevansen av motivation. Tillsammans utgör innebörden av dessa begrepp ett sammanhang av kunskap, känsla och resurser att handla (Antonovsky, 1999).

En person kan inneha olika grader av KASAM. För den som har ett svagt sådant innebär detta en benägenhet att på förhand ge upp och fokusera på den känslomässiga sidan av problemet. För den med ett starkt KASAM innebär detta motsatsen. Personen i fråga drar sig inte för att möta utmaningar i livet trots olyckliga omständigheter. Personen har lättare för att finna en rationell lösning på det föreliggande problemet och använda sig av de positiva faktorer som finns tillhands. Betoningen på en sund själ och kropp samt positiva faktorer kring en person utgör det salutogena perspektivet och det är dessa som är hälsofrämjande, de som håller personen frisk. Genom att fokusera på det som fungerar och lyfta fram det som bidrar positivt till situationen och hälsan kan man således klara sig genom kriser och svåra förhållanden. Motsatsen kallas för det patogena perspektivet vilket betonar tvärtom och fokuserar på de faktorer som påverkar en person negativt (Antonovsky, 1999).

4.3 Copingstrategier

För att ge ett mer djupare perspektiv av KASAM kan man använda sig av begreppet coping; bemästring. Coping innebär en persons förmåga till att bemästra svåra situationer och tro på sin förmåga att hantera problem. Varje människa har sin individuella bemästringsförmåga som är knuten till personligheten och den präglas och utvecklas med åldern. Den baseras till stor del på personens tidigare erfarenheter, viljeinriktning, trossystem och intellektuella förmåga. Det är vanligt att personer som inte lyckas skapa positiva bemästringsstrategier håller sig till försvarsstrategier och flyr problem genom exempelvis isolering och hög alkoholkonsumtion (Eriksen/Ursin, 2005). Vi har valt att använda begreppet copingstrategier istället för bemästring men de innebär samma sak.

Om man utsätts för påfrestningar och inte har bra copingstrategier att hantera dem med kan det leda till att stressrelaterade symptom utvecklas, exempelvis ångest och depression (Ghatan, 2005). Copingstrategier talar om de kognitiva och de beteendemässiga faktorerna i samspel för att hantera olika situationer som upplevs påfrestande och kravfyllda. Personen gör alltså en bedömning inför en stressande situation där den kognitiva faktorn innebär ett avgörande av situationen som ett hot eller problem. Den beteendemässiga faktorn innebär att personen hittar resurser att hantera den rent praktiskt. Dessa resurser benämns som copingmekanismer. En person som innehar många resurser betraktas som resursstark. Som exempel kan nämnas god hälsa, positiv tilltro till sig själv, social förmåga, socialt stöd och materiella tillgångar som starka, positiva resurser. Det motsatta, exempelvis bristande socialt stöd och samhällsliga resurser, gör personen mer sårbar. Det kan komma att prägla vilken form av copingstrategi personen använder sig av. Här talar man om de två begreppen känslufokuserad coping och problemfokuserad coping. I det förstnämnda betonas upplevelsen inför en svår situation. Om situationen inte går att påverka rent praktiskt gäller det att personen kan reglera de känslor som väckts och söka de positiva framför de negativa. Detta kan leda till att personen antar ett självkontrollerande beteende, söker socialt stöd, flyr situationen, tar ansvar eller försöker omtolka det som skett positivt. En person kan också inta en negativt känslomässig hållning som oftast försvårar situationen (Starke, 2003).

Problemfokuserad copingstrategi innebär att personen genom handling försöker påverka situationen och omständigheterna som föreligger. Det kan göras forcerat och spontant eller lugnt, rationellt och genomtänkt. Det innefattar såväl kognitiv problemlösning som direkta handlingar i förhållande till sig själv eller omgivningen. Den kognitiva aspekten gör sig också gällande i att en person kan lära sig att förändra sitt tidigare beteende och förhållningssätt. Det kan medföra en ny förmåga till att finna en mer passande lösning på en svår situation (Starke, 2003).

4.4 Bourdieus begrepp kapital, habitus och fält

4.4.1 Kapital

Centrala begrepp i teorin av den franska sociologen Bourdieu är kapital, habitus och fält. Med kapital menar han att vi alla har olika typer av kapital eller tillgångar i vårt liv. Han talar om ekonomiskt kapital vilket innebär den ekonomi en person besitter. Han talar även om socialt kapital som innefattar det sociala nätverket och kulturellt kapital som innebär utbildning och klasstillhörighet (Hilte, 2005). Det symboliska kapitalet kan betraktas som de attribut personen använder sig av till ett yttre. Dessa speglar också den klasstillhörighet personen har men det finns också en symbolisk betydelse i att denna är medveten om hur man betraktas av omvärlden (Månsson, 2006).

Det är relevant att närmare beskriva det kulturella och det sociala kapitalet eftersom vi anser att det har betydelse i vår studie. Det kulturella kapitalet är det som dominerar och har blivit tongivande i ett land. Det kan diskuteras utifrån ett genusperspektiv. Genom att födas in i olika köns, klass, och etnicitetsrelationer kommer människan att inta olika positioner. Skeggs talar här om femininitets och maskulinitetsresurser. Hon menar att män i arbetarklassen har svårt att hävda sig mot det nya machoideal som har flyttats från den klassiska hårt arbetande mannen till tjänstemannasektorn. Förlusten av detta klassiska machoideal kompenseras dessa män genom att ha makt över kvinnan. Kvinnoidealet är den välordnade medelklasskvinnan som sätts i motsats till den orena farliga och sexuella arbetarklasskvinnan. Ett exempel från förr var borgarmannens rätt till tjänsteflickan men där dotter och fru skulle vara ärbara, skyddas och vördas. Begränsade kapitaltillgångar för kvinnor har fört med sig att de fått kompensera det här genom att visa sig respektabla och utveckla sitt kulturella kapital genom moderskap, hushållsarbete och omsorgsarbete. Kvinnor förväntas också ha en kontrollerad sexualitet för att visa respekt medan mannen bör ha en presterande (Hilte, 2005).

För att fördjupa oss mer i begreppet socialt kapital så har vi valt att ta med den del i nätverksteorin som är en utveckling av Bourdieus kapital begrepp. Nätverksteorin talar om sociala relationer som en social resurs. Den kan ses ur två perspektiv. Ett socialt nätverk kan vara en stödjande resurs men det bör också nämnas att det kan manipuleras och utnyttjas strategiskt av den som vill för att gynna sitt eget välbefinnande. De dolda motiven kan komma att prägla, de så kallade investeringar, en person gör i det sociala kapitalet. Ett homogent socialt nätverk talar för att en person förmodligen valt att knyta kontakt med likasinnade och förmodligen inte har det som krävs kapitalmässigt för att nå personer som rör sig i andra arenor. Detta kan betraktas utifrån klasstillhörighet där personer ur olika klass således inte kommer samman. Här kan det symboliska kapitalet vara avgörande. Kortfattat kan det konkret innebära att om man är vacker, rik och har inflytelserika vänner har man lättare för att knyta kontakter och göra större investeringar i sitt sociala kapital. Det kan således generera ett mer heterogent socialt nätverk. När man talar om att göra sociala investeringar menar man

främst att man försöker utöka sitt sociala nätverk med personer som främst inte är som oss själva (Edling/Rydgren, 2007).

4.4.2 Habitus

Med habitus menar Bourdieu de livsmönster eller strategier som finns inom oss (Hilte, 2005). Detta präglar vårt beteende som ett medvetet eller omedvetet sätt att handla, tycka och tänka. Det hänger också tätt samman med klasstillhörighet och det sociala fält som utgör den kontext vi befinner oss i (Månsson, 2006). Vårt habitus visar sig således rent konkret i vårt sätt att uppträda, hantera tillvaron, vårt kroppsspråk och gester utifrån en undermedveten social tradition. Habitus kan även förknippas med könstillhörigheten. Både män och kvinnor har potential av både manliga och kvinnliga egenskaper men båda har restriktioner sinsemellan. De gör att habitus sätter omedvetna gränser för mäns och kvinnors uppträdanden, införlivade genom socialisationen. Detta kan betraktas begränsa kvinnor i allmänhet om man ser till att kvinnor har fler restriktioner än män vad gäller det som betraktas som tillåtet att göra. Det här hänger samman med de roller och förväntningar som ställs på kvinnor (Hilte, 2005).

4.4.3 Fält

Fältet utgörs av det övergripande strukturella sammanhanget. Vi är begränsade historiskt och socialt utifrån tidpunkt och samhällssituation. Bourdieu menar att fältet är den arena på vilket det hela tiden utspelar sig strider mellan de dominerande i samhället och de dominerade. De dominerande hör ofta till någon form av auktoritet (Lundberg, 2007). Massmedia och institutioner som skola och socialtjänst visar vilka som har talföreträde. Detta visas tydligt när det radikala får byta plats och ses som traditionellt, vilket alltid måste komma ur en förändrad syn på olika fenomen i samhället. Sett ur ett maktperspektiv kan det här betraktas som en rätt, förbehållen dem i samhället som innehar en viss auktoritet, att avgöra. Dessa villkor inom diskussionerna kallar Bourdieu för doxa, föreställningar. Doxa utifrån ett kvinno- och barnperspektiv skulle kunna vara att ”barn och missbruk inte hör ihop”, vilket sätter sin prägel på samhällets syn på missbrukarfamiljen och den missbrukande kvinnan (Hilte, 2005).

5. Resultat och Analys

Vi har i denna del valt att strukturera vårt resultat utifrån vår intervjuguide. Huvudrubrikerna i detta kapitel benämner vi i stort sätt med samma rubriker som i den. Vi har valt att ändra rubriken i det första temat därför att vi har fått fram material som handlar om så mycket mer än behandlingen. Materialet handlar i det temat till stor del om våra respondenters uppbrottsprocess som föregick behandlingen.

5.1 Målgruppen

Vi har i resultat och analysdelen valt att benämna våra respondenter med figurerade namn. Vad som också kan vara intressant att veta är deras ungefärliga ålder, hur länge de levt nyktert och om de har barn eller inte. Deras ålder och nykterhet har vi valt att presentera i följande åldersspann:

Ålder: 30-40 år, 40-50 eller 50<.

Nykterhet: 2-5 år, 5-10 år eller 10-15 år.

Monica, 50< år, nykter i 10-15 år, har barn.

Anna, 30-40 år, nykter i 2-5 år, har barn.

Vera, 50< år, nykter i 10-15 år, har barn.

Marita, 50< år, nykter i 2-5 år, har barn.

Susanne, 30-40 år, nykter i 2-5 år, har barn.

Therese, 30-40, nykter i 5-10 år, har barn.

Anki, 40-50 år, nykter i 2-5 år, har barn.

5.2 Tema: Uppbrott och Behandling

I temat om uppbrott och behandling har vi valt att göra en analys utifrån ett genusperspektiv men också utifrån fakta kring alkoholproblematik som vi tagit upp i inledningen och under rubriken allmänt om alkohol. Vi fann att de utgångspunkterna kunde förklara mycket av materialet som framkom under intervjuerna. Detta möjliggjorde en djupare analys av svaren under temat behandling utifrån intervjuguiden. Redan här gav respondenterna oss de fakta vi behövde för att kunna förstå och svara på vår första frågeställning. De gav oss även en ingång till vår andra. Vi har därför kunnat svara på våra frågeställningar i kronologisk ordning och återskapa ett händelseförlopp så som det upplevdes av våra respondenter och som vi tyckte gav en bra struktur till vår resultat och analysdel.

5.2.1 När måttet är rågat

De största bidragande orsakerna till förändring för alla våra respondenter var att de hade förlorat kontrollen och börjat få påtagliga negativa konsekvenser i sin tillvaro till följd av sitt beroende. *”Varje morgon bestämde jag mig för att jag ska inte dricka idag, jag SKA inte dricka idag och varje dag så drack jag efter jobbet. Det är väldigt svårt att förklara men jag måste ha”*, beskriver Susanne. Citatet tycker vi är ett exempel på WHO och DSM IV definition av beroende som vi tidigare nämnt är när andra betydelsefulla faktorer i livet, som till exempel sysselsättning, får ge vika. Alkoholen hade för Susanne blivit för betydelsefull.

Det hade blivit medvetna om sitt beroende men trots denna medvetenhet så tog det olika lång tid för våra respondenter att finna den rätta motivationen och styrkan som krävdes för att göra en livsförändring. Att de har fått ändra livsstil är något alla har poängterat. Även Öjehagen (2000) menar att en ändrad livsstil blir en nödvändighet för många kvinnor när de tagit sig ur sitt beroende

Marita berättar att det tog henne två avgiftningar innan hon förstod att hon var alkoholberoende och då kunde ta till sig den tredje *"Jag trodde i min enfald att om jag bara får hjälp att bryta och få vara alkoholfri ett tag så kan jag dricka normalt som andra människor gör, där va jag"*.

Det största hindret för att erkänna alkoholproblematiken och söka hjälp handlade främst om förnekelse, skuld och skam. På frågan hur det kändes för Marita när det stod klart för henne att hon var alkoholist svarar hon: *"För djävlig, fruktansvärt och då var det skammen som tog mig"*. Som både Trulsson (2005) och Öjehagen (2000) bekräftar i sina studier är det samhällsbilden av hur kvinnor ska vara som är en av de främsta orsakerna till att de känner stor skuld och skam. De och fler därtill, exempelvis Mattzon (2007), menar också att familj, vänner och arbetskollegor allt som oftast väljer att osynliggöra problemet för att inte behöva ta i det, vilket ger den drabbade än större skuld och skam. Ett citat som poängterar det här är när Vera förklarar *"Det va min mamma som ställde upp med pengar när jag supit upp min lön, det var nog inte riktigt för min skull utan mer det här; Ja vad ska folk tro när de ringer och telefonen är avstängd"*. Moderns handling kan betraktas som exempel på medberoendeproblematiken. Hon känner skam inför omgivningens reaktioner och "hjälp" därför den beroende att dölja sin problematik.

För de allra flesta av våra respondenter kom det att krävas ganska allvarliga väckarklockor innan de till sist kapitulerade inför alkoholen. För några gick det så långt att barnen togs ifrån dem eller att den psykiska ohälsan blev allt för påtaglig eller okontrollerbar. *"Antingen tar jag livet av mig eller så gör jag något åt de"*, menar Anna. Många försökte dölja problematiken in i det längsta genom att hålla upp en fasad, samtidigt som omgivningen har varit väldigt bra på att blunda. *I och med att ingen sa något så tror man ju inte att ingen märker något"*, säger Vera. Här ser vi ytterliggare ett exempel på den komplexa medberoendeproblematiken som Mattzon (2007) menar kan bero på förnekelse okunskap och rädsla hos de medberoende. I det här citatet syftade hon på den arbetssituation hon hade och en arbetsgivare som valde att inte agera. I andra fall har arbetsgivarens agerande varit avgörande då de synliggjort problematiken och ställt ultimatum vilket hjälpt respondenterna att komma in i behandling.

Ett citat som fångar hela den kvinnliga problematiken tycker vi är då Marita säger *"Jag var ju dessutom mamma så hellre hade jag dött kan jag tala om än att tvingas erkänna för mig själv att jag var alkoholist, för att inte tala om omgivningen, så jag levde i förnekelsen och hittade på alla andra tänkbara förklaringar"*. Enligt Trulsson (2000) kan detta betraktas ur ett genusperspektiv där samhällets syn på kvinnan utifrån normer, sociala trender och ideal krockar med den beroende kvinnans situation. Det här tror vi kan utgöra en press som gör att kvinnor söker hjälp för andra symtom. Enligt Mattzon (2007) söker kvinnor oftast vård för somatiska besvär, ångest eller depressioner. Det här kan vara symtom som kan leda till ett beroende. Öjehagen (2000) menar att det även kan vara tvärtom, att symtomen är konsekvenser av ett redan pågående beroende.

Det här bekräftar även av Monica då hon säger: *"Jag har ätit en hel del tabletter, ja allt vad jag kunde komma över"*. Öjehagen (2000) menar att när tabletter skrivs ut mot psykiska besvär istället för att sjukvården ser helheten i beroendeproblematiken blir detta ytterliggare ett hinder för kvinnorna att angripa det verkliga problemet. Hon menar vidare att kontentan av

sjukvårdens insats kan leda till ett blandmissbruk för kvinnor med ett alkoholberoende, vilket kan ge en djupare beroendeproblematik.

Fler orsaker till att kvinnorna lever kvar i förnekelse och inte söker hjälp kan bero på att de lever med en partner som också har ett beroende. De använder då sin partner till att skylla sitt beroende på. Det kan också vara så att partnern som dem lever med inte vill att de ska bli nyktra på grund av exempelvis en rädsla av att inte längre vara den som upprätthåller familjefasaden. Susanne förklarar *"Många medberoende får ju sin bekräftelse genom att vara bättre än den man tar hand om"*. Mattzon (2007) menar att rädsla och okunskap kan vara en av anledningarna till att anhöriga väljer att låta den beroendes destruktiva beteende fortsätta. Andra har manipulerat ut sina familjemedlemmar och sin närmaste omgivning. Marita påpekar: *Jag blev allt bättre på att ljuga och de lät mig vara ifred och jag såg till att jag kunde träffa folk när jag kunde ha några nyktra timmar eller någonting"*. Detta citat bekräftar Lundbergs (2005) teori om att kvinnor med familj och arbete oftast väljer att dricka i ensamhet. En del utövade inte bara sitt missbruk i det fördolda utan tog sina tillfällen då barnen och partner gått och lagt sig. Therese berättar: *"Ja de va ju gräsligt, jag ville bara att de skulle gå och lägga sig så jag kunde sätta mig i soffan och trycka i mig"*. Det Lundberg (2005) kallar den mentala besattheten, eller kontrollförlust enligt WHO, blir här enligt oss ett faktum och den avgörande orsaken till att de väljer att förändra sitt liv.

5.2.2 Samkönad och blandkönad behandling

De flesta av våra respondenter har genomgått någon form av behandling så som avgiftning, behandlingsprogram och terapi. Några har haft eftervård i form av gruppsamtal, en gång i veckan, under cirka ett år. Alla har däremot börjat gå i någon form av självhjälsgrupp exempelvis AA. Tanken med att få kontakt med olika frivilligorganisationer och självhjälsgrupper under behandling och eftervård är också något Centralförbundet för alkohol och narkotika upplysning, Can (2009), bekräftar i sina rapporter. Denna kontakt fick en del av våra respondenter under behandlingstiden, andra sökte den själv.

Behandling finns i både samkönad och blandkönad utformning, där den samkönade främst har en miljöterapeutisk inriktning. Öjehagen (2000) menar att det behövs behandling och eftervård utifrån kvinnors specifika behov för att få fokusera på sig själva som utsatta kvinnor i ett mansdominerat samhälle. Våra respondenter har dock olika åsikter om för och nackdelar med samkönad eller blandkönad behandling. Anki uttrycker *"Jag kommer från massa trassligheter med män och jag fixar inte relationer och då ska jag inte ha någon heller och då är det bra att man är isolerad"*. De som ser med fördel på detta menar vidare att en kvinnogrupp ger dem en möjlighet att arbeta med sig själva och en möjlighet att kunna identifiera sig med kvinnor som varit eller är i samma situation. Många av dessa kvinnor kommer enligt Trulsson (2002), från trauman med både fysiska, psykiska och sexuella övergrepp. Denna bakgrund har även flera av våra respondenter. Anki menar att *"Där få man veta att jaha har du också varit med om det, jag som trodde jag var ensamast i hela världen om det här"*. En annan sida av myntet är som Anna uttrycker: *"Det är inte riktigt min grej, det kan bli för gaggigt"*, och menar att konkurrensen och jämförandet kvinnor emellan tydliggörs allt för mycket i samkönad behandling.

Även Vera menar att det kan vara en fördel med blandkönad behandling *"Man kan då lära sig umgås med män av nykter kaliber för det är det jättemånga som inte har gjort"*

Gemensamt för båda behandlingssätten, enligt våra respondenter, var att personalen själva var före detta alkoholberoende personer vilket blev en fördel. De hade därmed en bra förståelse för beroendeproblematiken.

5.2.3 Att finna en förklaring till sitt beroende

De flesta av våra respondenter anser att bemötandet bland de professionella fungerat bra, men några respondenter är kritiska till hur kunskapen kring alkoholberoende ser ut. *"Ingen förstår en alkoholist som en alkoholist kan förstå en alkoholist"* förklarar Susanne. Hon menar vidare att: *"Ingen kan förstå det tvångsmässiga beteendet och den mentala besattheten"*.

I flera av intervjuerna berättar många respondenter att de upplever sig ha eller har haft flera beroenden. De har tagit sig uttryck bland annat i ett ökat mat och sockerberoende, nikotinberoende, arbetsnarkomani, destruktiva relationer och ett tvångsmässigt behov av att träna. Therese beskriver följande: *"Den traditionella sjukvården har ett sätt att se på beroendesjukdomen, man behandlar alkoholism som en sjukdom och när det gäller maten så heter det plötsligt bulimi och anorexi, så ser man inte att alltihop är kopplingen beroendesjukdomen"*. Redan på 50-60 talet erkändes alkoholism som en sjukdom, vilket också är något som Minnesotamodellen arbetar efter. Det här synsättet kanske är för snävt.

"Så för mig är det en sjukdom som sitter i hjärnan, den är inte viljestyrd", säger Therese. Vi tycker Vera styrker det här genom att säga: *"Folk i allmänhet vet inte vad alkoholism är, eller beroendegrejen"*. Det här kan ha sin förklaring i att det, enligt sjukvården, inte går att bevisa ett sammanhang. Enligt den är det inte samma områden och signalsubstanser i hjärnan som aktiveras då det gäller sex, spel, shopping, mat och sockerberoende som när det gäller alkohol, nikotin, heroin och kokain.

Kanske är det just här vårdapparaten brister. Kanske många av de professionella inte känner till eller vill se sambandet mellan olika beroenden och betraktar dem som en och samma sjukdom med olika utlopp. Flera av våra respondenter har tydligt uttryckt att det skulle önska ett bredare perspektiv när det gäller detta från sjukvårdens sida

Alkoholism eller alkoholberoende är, som von Knorring(1995) beskrivit, en sjukdom som ärvs genetiskt. Detta styrker våra respondenter då i stort sett alla har biologiska föräldrar med alkoholberoende. *"Alltså jag är barn till en alkoholist, min brorsa är alkoholist, jag har bara alkohol runt omkring mig och jag har själv barn som jag är rädd för ska bli alkoholister"*, beskriver Anki.

Den sociala miljön man växer upp i har betydelse enligt bland annat Leissner och Hedin (2002). De menar att faktorer senare i livet och situationer som vi utsätts för under livets gång har stor betydelse för om vi utvecklar ett beroende eller inte. Vi tycker Vera styrker denna teori då hon säger: *"Min pappa var alkoholist men jag har inte vuxit upp med honom så jag har liksom inte det sociala arvet, jag utvecklade inte min sjukdom förrän jag va typ 30"*. Hon förklarar för oss att hon gjorde det i samband med en traumatisk upplevelse. Forskningens sätt att se genetiskt på alkoholberoende får med dessa citat relevans enligt oss.

Vi tycker oss kunna se ett samband mellan hur behandlingsmodell och eftervård har präglat våra respondents sätt att betrakta sig själva och sitt beroende på. Vi syftar på våra respondents resonemang kring de genetiska faktorerna, den ökade toleransen för alkoholen, den sociala miljön och trauman både i barndomen och senare i livet. Enligt oss lägger behandlingsmodellen till stor del även grunden till hur våra respondenter hanterar och bevarar sin nykterhet i vardagen.

5.3 Tema: Nykterheten i vardagen

I det här temat var vi intresserade av att veta hur våra respondenter behärskade sin nykterhet i vardagen. Vi använde teorierna Kasam, Coping och Bourdieus kapitalbegrepp i vår analys av det här temat. Alla dessa perspektiv handlar om att hitta ett meningsfullt sammanhang i tillvaron och om mentala strategier som krävs för att hantera och känslomässigt förhålla sig till problem och svåra situationer. De gestaltar även det sociala nätverkets betydelse. I detta tema kunde vi skapa oss en fullständig bild för att på så vis kunna utläsa ett svar till vår andra frågeställning. Den handlade om huruvida det var behandling, eftervård eller andra faktorer som hjälp kvinnorna till ett nyktert liv.

5.3.1 Konsten att leva nyktert

Samtliga respondenter menar att en viktig faktor i att behålla sin nykterhet är att ta en dag i taget. Anki förtydligar: *"Jag lever idag; igår kan jag inte ändra och imorgon vet jag ingenting om"*. Ett annat sätt att behålla sin nykterhet är att regelbundet gå till någon form av självhjälpsgrupp. Vera förklarar *"Jag går fortfarande på möten för jag får aldrig glömma vem jag är"*. Kasam talar om begreppet begriplighet som innebär att man har fått en annan förståelse inför ett fenomen vilket skapar ett meningsfullt sammanhang i tillvaron (Antonovsky, 1999) Marita menar *"Tar jag första glaset så är det kört va, därför går jag på möten för att påminna mig"*. Här ser vi att respondenterna har funnit sitt sätt att förstå sitt beroende. Begreppet hanterbarhet innebär att man har tillräckliga resurser för att hantera svåra situationer (Antonovsky, 1999). Att gå på möten blir för våra respondenter ett sätt att hantera sin situation och bibehålla sin nykterhet.

Många andra faktorer är av stor vikt när det gäller att skapa sig en nykter tillvaro. Några av våra respondenter var tidigare flitiga besökare på krogen, en arena de nu har fått byta bort. De allra flesta har umgåtts med vänner som de idag benämner som högkonsumenter. De har därför varit tvungna att, i vissa fall avsiktligt, bryta kontakten med sin vänskapskrets. Therese berättar *"Att bryta med alkoholen det var att bryta en hel livsstil"*. Detta är ett exempel på problemfokuserad coping som här främst innefattar direkta handlingar i förhållande till sig själv eller omgivningen (Starke, 2003). Det kan också betraktas ur Kasams salutogena perspektiv genom att våra respondenter fokuserar på hälsosamma faktorer som här främjar nykterheten (Antonovsky, 1999) Av några vänner blev också våra respondenter bortvalda. Susanne förklarar att hon upplevdes som annorlunda. Therese menar att en del människor helt enkelt inte förstår att man kan förändras. Anna berättar *"Det var jättejobbigt. Jag trodde verkligen att de var mina vänner men de hade bara dragit ned mig"*. Trots att Anna fann det svårt att bryta med sina vänner såg hon fördelar med att göra det. Hon förstod med andra ord vad riskerna ett fortsatt umgänge med dem inneburit för hennes nykterhet. Inför detta fenomen tycker vi oss se att våra respondenter hanterat det hela genom att anta en känslufokuserad copingstrategi. Det innebär att man kan reglera de känslor som väcks och i bästa fall omtolka dessa positivt (Starke, 2003). Rent konkret har det för många inneburit en nödvändighet att bryta destruktiva kontakter och istället skapa sig ett nytt socialt nätverk.

5.3.2 Det sociala nätverkets betydelse

För alla våra respondenter var det sociala nätverket en viktig faktor i det nyktra livet. Många uttrycker glädje över att ha upprättat en bättre relation till sina barn.

Vera uttrycker: *"Det är ju helt fantastiskt! Jag har en jättefin kontakt med min dotter och*

hade jag hållit på att dricka hade ju jag inte fått vara med". Detta resonemang exemplifierar Kasams begrepp meningsfullhet, man ser sig delaktig i saker och ting som sker och de krav man ställs inför värda det engagemang som krävs (Antonovsky, 1999).

När det gäller våra respondenters förhållande till sina föräldrar och sin partner har dessa relationer i några fall blivit negativt påverkade, sedan de gått över till ett nyktert leverne. Therese säger: *"Min man lämnade mig och min mamma har varit förbannad på mig, mina barn har varit mitt största stöd"*. Anna, vars föräldrar fortfarande lever i ett beroende säger *"det blir så när hela familjen är sjuk"*. Hon har idag därför valt att bara umgås med dem på sina villkor. Annas strategi är ett exempel på problemfokuserad coping där hon funnit en passande lösning på en svår situation (Starke, 2003). Ser man till det samband hon funnit mellan föräldrarnas alkoholberoende och att detta negativt präglat den sociala miljön hon växt upp i kan denna insikt ses ur Kasams begriplighetsperspektiv (Antonovsky, 1999). Hon kan idag begripa sambandet och på så vis få ett tydligare perspektiv på sitt beroende.

Eftersom våra respondenters nyktra liv inneburit att de varit tvungna att skiljas från gamla vänner och i vissa fall begränsa kontakten med sina anhöriga har de också fått skapa sig ett nytt nätverk. Detta kan diskuteras utifrån Bourdieus begrepp socialt kapital. Han talar man om sociala relationer som sociala resurser (Edling & Rydgren, 2007). Begreppet investera har här en positiv innebörd. Att investera i det sociala kapitalet innebär att man knyter kontakt med personer som inte är så lika oss själva. På så vis får man ett heterogent nätverk. Ett homogent nätverk innebär motsatsen (Edling & Rydgren 2007). I våra respondenters svar kan vi utläsa att de investerat i ett nytt homogent socialt kapital då de helt ändrat umgängeskrets. Bourdieus begrepp säger att ett heterogent nätverk stärker kapitalet (Edling & Rydgren, 2007). Vi kan dock se att våra respondenter, i motsats till begreppet, ser vinster med att skapat sig ett homogent nätverk. Den nya umgängeskretsen består främst av personer med liknande erfarenheter, när det gäller beroendeproblematiken, som dem själva. Susanne förtydligar *"Det avvärjar min förnekelse, jag behöver inte spela in några masker, för den person jag pratar med har varit i precis samma situation som jag"*. Ett socialt nätverk kan vara en stödjande resurs men det bör också nämnas att det här kan manipuleras och utnyttjas strategiskt av den som vill gynna sitt eget välbefinnande (Edling & Rydgren, 2007). Det nya sociala kapital, våra respondenter, investerat i kan inte manipuleras vilket var en del av vardagen då de levde i förnekelse och beroende. Therese berättar: *Det är väldigt bra att umgås med de nya vännerna för de hör när man mentalt är på väg in i ett återfall*. Det kan ses som ett starkt stödjande och resursstarkt nätverk då de nya vännerna uppmärksammar små signaler på att de vacklar i sin nykterhet. Våra respondenter finner på så sätt styrka att bibehålla sin nykterhet. Flertalet av våra respondenter berättar också att de ringer till någon vän i det nya nätverket om de känner ett sug. Det här kan betraktas som en problemfokuserad copingstrategi där de finner en konkret handling för att lösa en besvärlig situation (Starke, 2003).

5.3.3 Sundare livsstil och meningsfull sysselsättning

För många respondenter är idag deras sysselsättning en stor positiv faktor i deras nykterhet. Många har hittat en ny livsglädje i sitt arbete. Det har inte alltid varit så utan både jobb och hemsysslor kunde vara mer till belastning än till någon glädje. Många ansåg sig vara ansvarslösa och hade en negativ attityd till sitt arbete. Monica reflekterar över sin inställning till sitt arbete idag jämfört med då: *"Jag hade ett väldigt bra jobb, jag gick dit och jag jobba men inte med någon större glädje"*. Idag har denna attityd byts ut mot en positiv inställning och ansvarsförmåga. Den känslfokuserade copingstrategin har för alla, med andra ord, gjort att det som upplevdes som negativt idag upplevs som positivt (Starke, 2003).

Våra respondenter berättar att de fått nya perspektiv på sin tillvaro och har ett mycket bättre liv idag jämfört med tidigare. Anki beskriver: *”Min dåliga dag idag är som en bra dag förut”*. Gemensamt för alla våra respondenter är att de funnit nya värderingar och faktorer i livet som berikar och hjälper de bibehålla sin nykterhet. Många talar om tron på någon större makt som en ny ledstjärna i livet och en kraft de kan vända sig till och finna styrka i. De berättar också om förmågan att känna glädje och intresse i vardagens enkelhet och menar att de ser på tillvaron mer klart sedan de blivit nyktra jämfört med då de levde i ett beroende. Marita berättar: *”Idag har jag en otrolig livsglädje. Jag blir glad av att bara gå en promenad och leva. Jag har blivit befriad från rädslor, vågar utmana dem och tänka positivt.*

Therese berättar om viktiga faktorer i sin tillvaro: *Jag har bra relationer, är nära naturen, mediterar, tar hand om mig själv, är snäll mot mig själv och gör saker jag tycker om”*. Betraktat ur ett salutogent perspektiv ser vi att våra respondenter funnit positiva faktorer som främjar deras hälsa och nykterhet. Dessa faktorer gör sig också gällande då de blivit redskap i våra respondenters copingstrategier. De vet med andra ord vad de rent konkret ska göra för att må bra och bevara sin nykterhet. De har idag också fått ett starkare kasam, känsla av sammanhang. Therese poängterar helheten: *”Jag jobbar på kropp, själ, ande och det mentala. Jag har hittat balansen i det”*. De har funnit en meningsfull tillvaro. De har fått olika sätt att hantera sitt beroende på. Framför allt har de fått en djupare förståelse för sin beroendesjukdom, något som har hjälpt de hantera sitt förflutna. Anki förklarar: *”Jag har accepterat det liv som jag hade. Jag kan inte ändra på det men jag har förlikat mig med det. Ingen är värd ett sånt liv”*.

Efter att ha analyserat de två första teman kan vi konstatera att det som hjälpt kvinnorna till ett nyktert liv har var en kombination av behandling, eftervård och andra faktorer. Genom behandling har våra respondenter fått en rationell förklaring till ett irrationellt beteende. Många respondenter menar att utan kunskap om sitt beroende hade en förändring varit omöjlig. För några av våra respondenter har det varit av väldigt stor vikt att de fått en samkönad behandling. En samkönad behandling har lett till att de kunnat bygga upp sin värdighet som kvinna och kunnat prata om känsliga saker som hör till den kvinnliga beroendeproblematiken. Det kan innefatta fysisk, psykisk misshandel och sexuella övergrepp. Vilken typ av behandling de fått har präglat eftervården. Eftervården har för alla varit en viktig del då den skapat möjligheter för våra respondenter att träffa nya människor och därmed få ett nytt socialt nätverk. De har också hittat nya arenor, en sundare livsstil och ett sätt att förhålla sig till personer i sin omgivning som tidigare förhindrat deras väg till nykterhet. Dessa personer innefattar såväl partner, familjemedlemmar, vänner och arbetskollegor. Nämnade faktorer har lett till att de antagit nya mentala strategier för att kunna hantera och bevara sin nykterhet.

5.4 Tema: Kvinnlighet

I vår sista frågeställning ligger fokus på hur våra respondenter ser på sig själva som kvinnor utifrån sina erfarenheter av beroendeproblematiken. Därför handlar temat om kvinnlighet. Både samhällets och den närmaste omgivningens syn på kvinnor med beroende är som vi tidigare nämnt fylld av negativa attityder. Vi tyckte därför att ett genusperspektiv kändes relevant eftersom det tar upp båda delarna av denna problematik. Vi har också valt att analysera materialet utifrån Bourdieus begrepp kapital, habitus och fält. Vi menar att det handlar om den lilla människans förmåga eller oförmåga att anpassa sig till samhällets normer och omgivningens förväntningar.

5.4.1 Att vara kvinna på gott och ont

"Vi lever i ett samhälle där kvinnor ska vara tysta och snälla och le och vara duktiga och så behaga männen" säger Therese. Det här citatet tycker vi speglar samhällets kvinnoideal väldigt bra, hur vi gör kön och vad som är kvinnlighet, men det speglar också de många realistiska krav kvinnor har att leva upp till. För våra respondenter blir det här verkligen en dubbel problematik. De är inte bara kvinnor de var dessutom alkoholberoende, vilket har präglat deras syn på sig själv som kvinnor. När det gäller frågan hur de ser på sig själva som kvinnor har de verkligen gått från mörker till ljus. Therese berättar: *"Jag hade ingen självkänsla, jag hatade mig själv, jag hade enormt självförakt som byggdes på med drogerna"*. Hon fortsätter: *"Idag är jag en stark, modig och fantastiskt vacker kvinna"*. Marita konstaterar: *"Jag tyckte det va jobbigt att vara kvinna, jag kände av min känslighet och svaghet"*. Hon fortsätter *"Idag känner jag mig trygg som kvinna"*. Anki har ett annat perspektiv. Hon frågar: *"Vad är det att vara kvinna, förutom rent fysiskt"*. Hon säger: *"Idag kan jag ju tycka att jag känner mig starkare som person mera än som kvinna"*. Sett utifrån ett genusperspektiv, som handlar om att göra kön, bekräftas här av Anki. Hon berättar också att hon låtit sig utnyttjats av män och inte haft någon värdighet eller självrespekt. Enligt Trulsson (2002) har många av dessa kvinnor varit med om både fysiska och psykiska övergrepp antingen som barn eller som vuxen. Hon menar att detta har påverkat självbilden och självförtroendet negativt.

I SiS-rapporten från 2004, skriver de att många kvinnor tillfredställer sina behov av närhet genom destruktiva relationer till framför allt män. Marita säger *"Jag trodde bekräftelse var kärlek så jag har sökt bekräftelse hela livet och de e ju käpprätt åt helvete"*. Den rapporten menar att många kvinnor till följd av en problematisk uppväxt, med exempelvis missbrukande föräldrar, kan få svårigheter att skapa goda relationer senare i livet. Även Susanne bekräftar att hon haft många relationer och säger *"Jag levde ett ganska så promiskuöst liv och hade mycket skam i det"*. Enligt Hilde (2005) uppfattas kvinnor som lever ut sin sexualitet negativt av samhället. Han menar att en kvinna förväntas ha en kontrollerad sexualitet medan mannen bör ha en presterande. Idag ser Susanne annorlunda på sitt promiskuösa beteende. Hon menar att det inte behöver vara så skamfyllt utan att det mer var ett uttryck för hennes naturliga sexualitet.

För många innebar kvinnlighet också att vara mamma. Med samhällets normer och värderingar blev även moderskapet för de flesta präglat av skuld och skam. Bourdieus begrepp doxa är något Hilde (2002) diskuterar utifrån ett kvinno- och barnperspektiv. Den rådande doxan blir att barn och missbruk inte hör ihop. Vera, som är en av dem som förlorade vårdnaden om sitt barn till följd av sitt beroende, förstår den här doxan och är idag tacksam över samhällets insats. Hon säger *"Barn ska inte behöva växa upp med föräldrar som dricker. Absolut inte!"*.

Det här är inte bara ett exempel på skammen att vara mamma och ha ett beroende utan också på Bourdieus begrepp fält. Fältet utgör här socialtjänsten som genom sin auktoritet kan bestämma vad som är rätt eller fel utifrån den rådande samhällssynen. Deras agerande och ingripande präglas således av densamma. Trots att det här var en oerhört skamfylld upplevelse, speciellt för en kvinna, har Vera förlikat sig med händelsen och funnit sin förklaring till sitt beroende. Den har hon funnit i Minnesotamodellens sjukdomsbegrepp. Vera förklarar: *"Jag har inte druckit för att jag varit en dålig kvinna, en dålig mamma, ansvarslös, karaktärslös. Det handlar sjukdomen alkoholism som är så jäklig"*.

Bilden av hur en alkoholiserad kvinna ser ut har två ansikten. Vera beskriver *"På den tiden jag drack så va jag ju inte kvinnlig för när man e inne i missbruket då e man ju snuskig tycker"*

jag”, säger hon. Hilde (2002) pratar om att det är ungefär såhär den missbrukande arbetarklasskvinnan ser ut i kontrast till medelklasskvinnan och den ideala femininiteten. Therese visar en annan bild av den alkoholberoende kvinnan. *”Jag var alltid snygg och fräsch och hängde lika mycket på gymmet som på krogen”*, säger hon. Hon representerar de kvinnor som försöker leva upp till samhällets och omgivningens förväntningar genom att leva ett till synes vanligt liv men som kämpar för att upprätthålla en fasad utåt, i det här fallet i form av ett fräscht yttre. Av Therese beskrivning kan vi även dra paralleller till Bourdieus begrepp symboliskt kapital. Hon uppträdde och såg ut som det förväntades av henne i den sociala kontext hon befann sig i. Vi kan också här använda oss av Bourdieus begrepp habitus. Habitus talar om sambandet mellan klasstillhörighet och den sociala kontext man befinner sig i. Hilde (2005) menar att habitus sätter gränser för kvinnor i allmänhet eftersom beteendet hänger samman med de roller och förväntningar som ställs på dem. Therese såg det då med andra ord som nödvändigt att hålla sig fräsch. Therese citat representerar idag den största andelen alkoholberoende kvinnor vilket gör att samhällets klassiska bild av en kvinnlig alkoholist till stor del inte stämmer.

5.4.2 Total förändring av självbilden

Våra respondenters självbild har som vi beskrivit förändrats från mörker till ljus. Likaså har deras liv. *”Allt har förändrats, jag har förändrats, jag lever inte längre i en offerroll”* säger Marita. *”Jag tycker saker, jag vill saker, jag är liksom inget viljelöst kolli längre”* uttrycker Anki. Även omgivningen ser på dem med andra ögon. *”Jag får mer respekt idag, kanske för att jag nu ger respekt, har tagit tag i mitt liv och gjort något bra istället”*, förklarar Anna. De passar, som Hilde (2005) med fler tar upp, nu in i samhällets och könsrollernas bild av hur en kvinna ska vara, det vill säga skötsam och ansvarsfull. Så här kan det betraktas ur ett samhällsperspektiv men för våra respondenter har förändringen förmodligen en annan innebörd. Therese säger *”Jag bryr mig inte om hur andra lever, jag vill bara ha ett bra liv själv. Det har varit en lång resa att ta reda på vad jag mår bra av”*. Det kan framstå som att våra respondenter har anpassat sig till samhällsnormer och förväntningar. Vi tycker det handlar mer om att de gjort förändringen för sin egen skull och sitt eget välbefinnande. Frågan är om de vunnit respekt som kvinnor för att de anpassat sig till den samhälleliga normen eller för att de som människor upprättat sig själva.

Vi kan konstatera att våra respondenter tidigare och destruktiva liv medförde en otroligt negativ självbild. De brast i sitt moderskap, for illa i relationer, blev kränkta och lät sig styras av sitt skamfyllda beroende. Det här är några faktorer som bröt ner deras självbild som kvinna eftersom det inte var förenligt med samhällets normer och förväntningar. Inför sig själva var de medvetna och skamfyllda inför detta men upprätthöll ändå en fasad utåt. De tillhörde ju ändå de flertalen kvinnor som i sin sociala kontext lyckats bevara sin respektabla position. En position som är förknippad med åtaganden så som ansvar för sig själv, sin familj och sitt arbete. När diskrepansen blev för stor och fasaden började spricka lyckades de ändå påbörja det förändringsarbete med allt vad de innebar. Det här var en tuff resa. En tuff resa som ledde fram till att de fann sin genuina identitet som kvinna. Med våra respondenter egna ord har de blivit kvinnor med mycket vilja, motivation, respekt, mod, värdighet, lugn, trygghet, positivism, styrka, självrespekt och massor av livsglädje.

5.5 Resultatsammanfattning

De bidragande orsakerna till förändring för alla våra respondenter var att de hade förlorat kontrollen och börjat få påtagliga negativa konsekvenser i sin tillvaro till följd av sitt beroende. Våra respondenter använder begreppet mental besatthet som uttryck för deras

oförmåga att bryta sitt beroende. De var maktlösa inför alkoholen. Det var först när barnen togs ifrån dem, den psykiska ohälsan blev för påtaglig, arbetsgivaren ställde ultimatum eller de inte längre kunde hålla upp fasaden som de sökte hjälp.

De bidragande faktorerna till ett nyktert liv har varit en kombination av behandling, eftervård och andra förhållanden. Behandling har enligt våra respondenter gett dem kunskaper kring sitt beroende vilket har varit en förutsättning för att kunna hantera det. Eftervården har varit en viktig del då den skapat möjligheter för våra respondenter att träffa nya människor och skapa sig ett nytt socialt nätverk. De har även sökt sig till nya arenor, format en sundare livsstil och ett nytt förhållningssätt mot den tidigare omgivningen.

När det gäller kvinnornas självbild har det skett en tydlig förändring före och efter behandlingen. Tidigare präglades självbilden av självförakt, skam och bristande ansvarskänsla. Idag betraktar dem sig själva som starka, kompetenta och medvetna om hur de ska förhålla sig till sig själv och andra. De har idag stor självrespekt och massor av livsglädje.

6. Slutdiskussion

Vi anser att vi fortfarande lever i ett patriarkalt samhälle i vilket vägen mot jämställdhet fortfarande är lång. I synnerhet kvinnor har många ideal att leva upp till. Att leva upp till massmedias bild av hur en kvinna ska vara, se ut och prestera kräver mycket tid, ork och kraft. Denna bild är något som kvinnor fått leva med genom historien. Det börjar ske en förändring då det nu alltmer ställs liknande krav på männen. Det här kanske leder till att män börjar förstå den ångest och press kvinnor har upplevt och fortfarande upplever. För oss är det inte så konstigt att människor tar till olika lösningar för att klara av att leva upp till bilden av hur vi ska vara. Det här kan leda till destruktiva mönster som blir allt värre. Det är tragiskt att vi bygger upp ett samhälle som i mångt och mycket bryter ner människor, både fysiskt och psykiskt.

De negativa konsekvenser som blir utkomsten av ett patriarkalt samhälle blir tydligt i kvinnans beroendeproblematik. Många av de kvinnor som hamnar i ett beroende har varit utsatta för fysiska, psykiska och sexuella övergrepp både som barn och vuxna. Det här är något som bryter ner deras självkänsla och gör dem extra sårbara inför de normer och förväntningar samhället ställer. Förväntningarna är annorlunda för kvinnor i förhållande till männen. För kvinnor handlar det mer om att ta ansvar för sig själva och sin tillvaro. Till de här åtaganden hör moderskap, familj- och arbetsliv. Som alkoholberoende kvinna blir skillnaden mellan det ideala förhållandet och deras situation väldigt tydlig. Skulden och skammen utgör ett hinder för kvinnan att våga söka hjälp.

Det vi kan se som positivt med vår studie är att de saker vi nu tar upp är något som våra respondenter också bekräftat med sina berättelser. Vi hade dock önskat att vi fått möjlighet att intervjua fler kvinnor med erfarenhet av andra behandlingsmodeller än dem vi valt att fokusera på. Vi har även fått ta del av ny information som vi inte riktigt var beredda på men som gav oss nya perspektiv på beroendesjukdomen. Vi tycker det är viktigt att den här nya informationen kommer ut. Det tål att vara kritiskt mot den här men det är viktigt att vara medveten om att det är våra respondents individuella sanning. Vi tror det ligger i människans natur att försöka skapa en känsla av sammanhang. Alla har vi tendenser att söka vår egen sanning. Det här är något både professionella som gemene man inte ska förkasta även om denna sanning framstår som kontroversiell.

Kanske den allmänna sjukvården ska börja våga fråga, framför allt, de kvinnliga patienter som söker för alkoholrelaterade symtom, så som ångest och depression, om deras alkoholvanor. Kanske behöver de professionella, precis som våra respondenter efterfrågar, via nyare forskning lära sig mer om vad det egentligen innebär att ha en beroendesjukdom. De vet att ett beroende kan leda till ett annat och bör därför var lyhörda för sin klients uppfattning och upplevelse av *sitt* beroende. Forskning kring det här kommer främst från USA men den finns och ämnet är även något massmedia skriver allt mer om. Det behövs adekvat hjälp för dem som bär på den här problematiken. Det skulle vara önskvärt om den var utformad från ett helhetsperspektiv.

Vi vet idag att många självläker och med handen på hjärtat har vi nog alla lite till mans befunnit oss i riskzonen någon gång i livet. Vi tänker kanske främst på ungdomsåren då utelivet är en del av socialiseringen. Överlag är det viktigt att ha förståelse och en ödmjuk inställning för personer med beroendeproblematik eftersom var tionde svensk trots allt har problem med alkoholen. Kanske har det med vår kultur att göra. Vi tror att om man vetat det man vet idag om alkoholens konsekvenser så hade alkoholpolitiken inte varit så liberal som den är. Vi tycker att man ska vara medveten om att vem som helst kan hamna i samma

situation som våra respondenter. Den kan vara din mamma, syster, partner, släkting, vän eller arbetskollega.

7. Källförteckning

7.1 Litteraturförteckning

Andersson, P. (1998). *Vad krävs för att ta sig ur ett missbruk av alkohol och droger?* Diss., Östersund: Mittuniversitetet.

Antonovsky, A. (1999). *Hälsans mysterium: Natur & Kultur*

Augustsson, L-Å. (red). (2007). *Solidarisk alkoholpolitik*. Stockholm: Hjalmarsson & Högberg bokförlag

Berglund, M. & Rydberg, U. (red)(1995). *Beroendelära*. Lund: Studentlitteratur

Bergmark, A & Oskarsson, L. (2000). Några behandlingsperspektiv och metoder inom alkoholvården I Berglund, M m.fl. *Behandling av alkoholproblem, en kunskapsöversikt*. Stockholm: Cus & Liber AB

Copeland, J. (1997), *A qualitative study of barriers to formal treatment among women who self-managed change in addictive behaviour*. Diss. Sidney: New South Wales University.

DeMarinis, V, Hansagi, H. & Scheffel-Birath, C. (2005). Grundläggande vårdfilosofi vid uppbyggnad av kvinnor med missbruksproblem. I Hilte, M. (2005). *Kön, behandling och kunskap; om olika vägar ut ur missbruk och social marginalisering*. Lund: Studentlitteratur

Edling, C. & Rydgren, J. (red), (2007). *Social handling och sociala relationer*. Stockholm: Natur & Kultur

Eriksen, H. R. & Ursin, H. (2005). Kognitiv stressteori. I Arnetz, B & Ekman, R (red). *Stress, individen, samhället, organisationen, molekylerna*. Stockholm: Liber AB.

Gemzöe, L. (2002). *Feminism*. Stockholm: Bilda

Ghatan, P-H. (2005). Stress och hjärnskaderehabilitering. I Arnetz, B. & Ekman, R. (red) *Stress, individen, samhället, organisationen, molekylerna*. Stockholm: Liber AB.

Havnesköld, H. & Risholm Mothander, P. (2002). *Utvecklingspsykologi: psykodynamisk teori i nya perspektiv*. Stockholm: Liber

Hilte, M. (2005). *Kön, behandling och kunskap; om olika vägar ut ur missbruk och social marginalisering*. Lund: Studentlitteratur

Hilte, M. (2002). ”Den missbrukande kvinnan” i Leissner, T. & Hedin, U-C. (red)). *Antologi; Könsperspektiv på missbruk*. Stockhol: Bjurner & Bruno

Jonsson, B. & Nordström, P. (2004). *Sockerbomben: Bli fri från ditt sockerberoende*. Stockholm: Forum

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur

- Larsson, S. (red). (2005). *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Leissner, T. & Hedin, U-C. (red), (2002). *Antologi; Könsperspektiv på missbruk*. Stockholm: Bjuerner & Bruno
- Lilja, J. (red), (2005). *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Lundberg, H. (2005). *Tolv steg tillbaka till livet*. Stockholm: Gothia
- Lundberg, H. (2007). *Filosofisociologi; ett sociologiskt perspektiv på filosofiskt tänkande*. Lund: Lunds univertitet, Sociologiska institutionen.
- Mattzon, P. (2007). *Leva med beroende*. Arlefors: Aleforsstiftelsen
- Melin, A-G. & Näsholm, C. (1998). *Behandlingsplanering vid missbruk*. Lund: Studentlitteratur
- Månsson, P. (2006). *Båten i parken: introduktion till samhällsstudier*. Stockholm: Nordstedt
- Segraeus, V. (2005). Terapeutiskt samhälle - kvinnobehandling på männens villkor. I Hilte, M. *Kön, behandling och kunskap; om olika vägar ut ur missbruk och social marginalisering*. Lund: Studentlitteratur
- Share, D, McGrady, B & Epstein, E. (2003). Stage of change an decisional balance for women seeking alcohol treatment. *Addictive Behaviors* vol 29 pp 525-535
- Starke, M. (2003). *Att bli tonåring: ett föräldraperspektiv*. Göteborg: Göteborgs universitet, Institutionen för socialt arbete.
- Svenning, C. (2003). *Metodboken: samhällsvetenskaplig metod och metodutveckling: klassiska och nya metoder i informationssamhället: källkritik på Internet*. Eslöv: Lorentz
- Trullsson, K. (2002). Manligt och kvinnligt missbruk. I Leissner, T & Hedin, U-C. (2002). *Antologi; Könsperspektiv på missbruk*. Stockholm: Bjuerner & Bruno
- Trullson, K. (2005). "Missbrukarfamiljen och samhället - ett kultursociologiskt perspektiv" i Hilte, M. (2005). *Kön, behandling och kunskap; om olika vägar ut ur missbruk och social marginalisering*. Lund: Studentlitteratur
- Von Knorring, A-L. (1995). Ärftlighet. I Berglund, M. & Rydberg, U. (red). *Beroendelära*. Lund: Studentlitteratur
- Öjehagen, A. (2000). Kvinnor och alkoholmissbruk. I Bergmark, A & Oskarsson, L. (2000) i Berglund, M m.fl. (2000). *Behandling av alkoholproblem, en kunskapsöversikt*. Stockholm: Cus & Liber

7.2 Källor på Internet

- Blomqvist, Jan (2008). *Vägen ut ur missbruk och beroende – med eller utan behandling*. www.grubildning.to: Hämtad 12 december 2009.

Hasselgren, Staffan (2008). *Att gå ut i ingenting*.

<http://www.can.se/sa/node.asp?node=1849>. www.can.se: Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning. Hämtad 12 november 2009.

Knudsdotter Vanström, Linda & Palmgren Langlet, Ann-Christine & Björk, Stina.

Sis-rapport Statistik 200. <http://stat-inst.se/document/2005>. www.sis.se: Statens institutionsstyrelse. Hämtad 20 november 2009.

Nilsson, Camilla (2009). *Beroende och missbruk*. Uppdaterad 2009-02 26 från:

<http://www.vardguiden.se/Tema/Alkohol/Beroende-och-missbruk>. www.vardguiden.se. Hämtad 12 november 2009.

Rolfer, Bengt (2007). *Bra sociala nätverk kan betyda mer för missbrukare än professionell*

vård. http://www.fas.forskning.se/fas_templates/Page_1196.aspx. www.fas.forskning.se: Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap. Hämtad 18 november 2009 från

Svenonius, Camilla (2008). *Dina rättigheter och möjligheter i beroendevärld*.

http://www.rfhl.se/images/rfhl/kampanjer/drm_sve.pdf. www.rfhl.se: Riksförbundet för hjälp åt narkotika och läkemedelsberoende. Hämtad 12 november 2009.

www.Ksan.se: Kvinnoorganisationernas Samarbetsråd i Alkohol- och narkotikafrågor (2004)

Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning.

<http://www.codex.vr.se/texts/HsFR.pdf>. www.vr.se: Vetenskapsrådet (2009). ISBN: 91-7307-008-4. Hämtad 23 oktober 2009.

Alkohol. www.can.se/drogfakta/alkohol. www.can.se: Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning (2005).

8. Bilaga 1 (informationsbrev)

Hej!

Vi är två socionomstuderande kvinnor vid Göteborgs universitet som ska skriva vårt examensarbete om hur före detta alkoholmissbrukande kvinnor får livet att fungera drogfritt efter genomgången behandling.

Vår tanke är att göra en intervju med Er. Vi kommer tillsammans med er bestämma tid och plats för denna som kommer att ta cirka 45 min-1 tim. Intervjun kommer att ta upp tre saker: den behandling ni fått, hur det nyktra livet fungerar efteråt och lite hur ni tänker kring er själva som kvinnor. Vi skall koncentrera oss på det kvinnliga perspektivet.

Det som kommer fram under intervjun till exempel personliga förhållanden kommer inte att avslöjas utan allt redovisas anonymitet.

För att underlätta för oss så kommer vi spela in intervjun. Dessa band kommer vi att radera då examensarbetet är klart. Intervjuerna är frivilliga och ni kan när som helst avbryta samarbetet med oss.

Då vårt examensarbete är godkänt och klart kommer vi att skicka en kopia till er. I vårt arbete kommer vi att följa Vetenskapliga Rådets Etiska Riktlinjer.

Vi vill tacka er på förhand för att ni ville ställa upp. Ert deltagande är av väldigt stor vikt för vår studie.

Med Vänliga Hälsningar:

Ulla-Maria De Paula
Annelie Modeé
Vår handledare: Tom Leissner

9. Bilaga 2 (intervjuguide)

Behandling

Vilken typ av vård fick du? Blandad, samkönad, institutionell, öppenvård.

Hur upplevde du den?

Hur upplevde du att personalen och de andra var mot dig?

Vad fick du för vård eller hjälp efteråt?

Hur fungerade den för dig?

Om du känner ett sug idag; har vården hjälpt dig att tackla detta på något sätt?

Nykterheten i vardagen

Vad är ett bra liv för dig?

Hur har det gått för dina vänner?

Vad gör du på dagarna?

Hur ser din ekonomiska situation ut?

Vilka personer runt omkring dig har hjälpt dig eller hindrat dig att komma dit du är idag?

Hur håller du dig nykter?

Kvinnlighet

Hur ser du på dig själv som kvinna?

Märker du någon skillnad på hur andra ser på dig idag jämfört med då?

Vad tyckte du har förändrats i ditt liv efter allt du gått igenom?